INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

IFSI

LIVRET DE PRATIQUES EN SOINS INFIRMIERS

MARSEILLE

Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS DE l'HOPITAL NORD
34 boulevard Pierre Dramard – 13915 MARSEILLE Cedex 20
Tel : 04 91 96 80 85 - 04 91 96 85 09

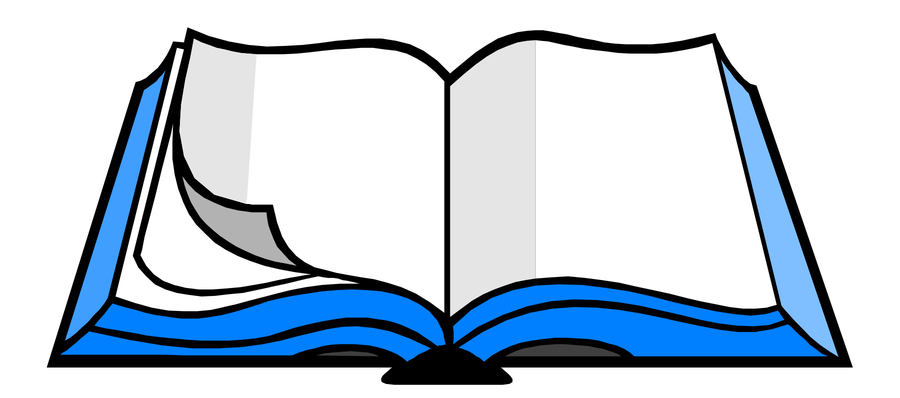
« LIVRET DE PRATIQUES EN SOINS INFIRMIERS »

ANNEE 2009

Ce livret est un outil de travail pour lequel une réactualisation doit être constante. Il comporte des fiches de techniques de soins infirmiers et les recommandations du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

Il est votre compagnon de route pour vos années d'études à venir et peut être davantage…

L'équipe pédagogique



SOMMAIRE

[1] CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
Décret du 29 juillet 2004

LIVRE III

AUXILIAIRES MÉDICAUX

TITRE Ier

PROFESSION D'INFIRMIER OU D'INFIRMIÈRE

Chapitre Ier
Exercice de la profession
Section 1
Actes professionnels

Article R. 4311-1

L'exercice de la profession d'infirmier ou d'infirmière comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif.

Article R. 4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R. 4311-3

Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Article R. 4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
5° Vérification de leur prise ;
6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique, surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur
20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
22° Prévention et soins d'escarres ;
23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
25° Toilette périnéale ;
26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention
28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;
30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
33° Pose de timbres tuberculiniques et lecture ;
34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;

35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;
39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
b) Sang : glycémie, acétonémie ;
40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
41° Aide et soutien psychologique ;
42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R. 4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :
1° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
2° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
3° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
4° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Article R. 4311-7

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :
1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiniques ;
3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicrânienne ;
4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.
Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;
6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-6 ;
7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;
8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
10° Ablation du matériel de réparation cutanée ;
11° Pose de bandages de contention ;
12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;
13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;
16° Instillation intra-urétrale ;

17° Injection vaginale ;
18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
20° Soins et surveillance d'une plastie ;
21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
29° Mesure de la pression veineuse centrale ;
30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitorage, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
31° Pose d'une sonde à oxygène ;
32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
34° Saignées ;
35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles
38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
39° Recueil aseptique des urines ;
40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;
43° Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R. 4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R. 4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :
1° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;
2° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;

3° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ;
4° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
5° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
6° Pose de dispositifs d'immobilisation ;
7° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
8° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ;
9° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;
10° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R. 4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en oeuvre par le médecin des techniques suivantes :
1° Première injection d'une série d'allergènes ;
2° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
3° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
4° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;
5° Actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
6° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
7° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
8° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
9° Transports sanitaires :
a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation
b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
10° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article R. 4311-11

L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :
1° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
2° Elaboration et mise en oeuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ;
3° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
4° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
5° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.
En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur.
Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article R. 4311-12

L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'Etat, est seul habilité, à condition qu'un médecin anesthésiste-réanimateur puisse intervenir à tout moment, et après qu'un médecin anesthésiste-réanimateur a examiné le patient et établi le protocole, à appliquer les techniques suivantes :
1° Anesthésie générale ;

2° Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur ;
3° Réanimation peropératoire.
Il accomplit les soins et peut, à l'initiative exclusive du médecin anesthésiste-réanimateur, réaliser les gestes techniques qui concourent à l'application du protocole.
En salle de surveillance postinterventionnelle, il assure les actes relevant des techniques d'anesthésie citées aux 1°, 2° et 3° et est habilité à la prise en charge de la douleur postopératoire relevant des mêmes techniques.
Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'Etat.
L'infirmier ou l'infirmière, en cours de formation préparant à ce diplôme, peut participer à ces activités en présence d'un infirmier anesthésiste diplômé d'Etat.

Article R. 4311-13

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :
1° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
2° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
3° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
4° Soins du nouveau-né en réanimation ;
5° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article R. 4311-14

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.
En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article R. 4311-15

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :
1° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
2° Encadrement des stagiaires en formation ;
3° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
4° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
5° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
6° Education à la sexualité ;
7° Participation à des actions de santé publique ;
8° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.
Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Section 2
Personnes autorisées à exercer la profession
Sous-section 1
Titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière

Article D. 4311-16

Le diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière est délivré par le préfet de région aux candidats ayant suivi, sauf dispense, l'enseignement préparatoire au diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière et subi avec succès les épreuves d'un examen à l'issue de cet enseignement.

Article D. 4311-17

La durée des études préparatoires au diplôme est fixée à trois ans.

Les conditions dans lesquelles peuvent être accordées des dispenses partielles ou totales d'enseignement sont fixées, après avis de la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales, par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-18

L'enseignement comprend :

1° Un enseignement théorique ;

2° Un enseignement pratique ;

3° Des stages.

Les conditions d'indemnisation des stages et de remboursement des frais de déplacement liés aux stages sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-19

Les instituts de formation en soins infirmiers autorisés à délivrer l'enseignement préparant au diplôme d'Etat sont chargés de la mise en oeuvre des modalités d'admission sous le contrôle des préfets de région et de département ou du préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon. Ils ont la charge de l'organisation des épreuves et de l'affichage des résultats.

La composition des jurys et la nomination de leurs membres sont arrêtées par le préfet de région.

Article D. 4311-20

Les conditions d'autorisation et de fonctionnement des instituts sont fixées, après avis de la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales, par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-21

Le contrôle des instituts est exercé par les fonctionnaires désignés à cet effet par le ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-22

Les directeurs des instituts ne relevant pas du titre IV du statut général des fonctionnaires sont agréés, après avis de la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales, par le ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-23

Les conditions d'agrément des établissements, services et institutions où les étudiants effectuent leurs stages sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-24

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur les demandes d'agrément et d'autorisation mentionnées aux articles D. 4311-20 et D. 4311-22 vaut décision de rejet.

Sous-section 2
Titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique

Article D. 4311-25

La commission prévue à l'article L. 4311-5, présidée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, est composée de :

1° Deux praticiens hospitaliers, dont un exerçant dans un service de psychiatrie ;

2° Deux infirmiers ou infirmières titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière et du diplôme de cadre de santé ;

3° Deux infirmiers ou infirmières titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique et du diplôme de cadre de santé.

Les membres de la commission sont désignés par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales parmi les professionnels de la région. Les membres prévus aux 2° et 3° ci-dessus sont désignés sur proposition des organisations syndicales représentatives des infirmiers.

Article D. 4311-26

Les infirmiers et infirmières, titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique, candidats à l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière adressent au président de la commission, par lettre recommandée avec accusé de réception, un dossier comportant les éléments suivants :

1° Copie du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique ;

2° Curriculum vitae comportant en annexe la liste des services dans lesquels le candidat a exercé son activité, ainsi que la nature des fonctions exercées ; cette liste est certifiée exacte par le ou les chefs des établissements dans lesquels le candidat a exercé ses fonctions ;

3° Liste des actions de formation continue suivies par le candidat avec, pour chacune d'entre elles, une attestation du responsable de celle-ci ou du chef de l'établissement dans lequel l'intéressé exerçait ses fonctions au moment où elle a été suivie ;

4° Eventuellement, copie des diplômes autres que le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, obtenus par le candidat.

La commission peut, si elle le juge opportun, solliciter du candidat toutes informations complémentaires de nature à l'éclairer sur le contenu des formations suivies.

Article D. 4311-27

Les dossiers mentionnés à l'article D. 4311-26 sont adressés chaque année entre le 1er et le 31 janvier au président de la commission située dans la région où le candidat exerce ses fonctions ou, s'il n'exerce aucune activité, dans la région où est situé son domicile.

Article D. 4311-28

Au vu des éléments du dossier, la commission fixe, pour chaque candidat, le contenu de la formation complémentaire préalable à l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière, au regard notamment du contenu du programme des études conduisant au diplôme d'Etat. La durée globale de cette formation ne peut être inférieure à six mois.

Article D. 4311-29

L'organisation de la formation complémentaire est confiée aux directions des instituts de formation en soins infirmiers, en collaboration avec le directeur du service de soins infirmiers dans les établissements publics de santé, la personne remplissant les fonctions équivalentes dans les établissements de santé privés, et en leur absence avec le responsable infirmier du service d'accueil. La commission désigne, pour chaque candidat, l'institut de formation auquel il devra s'adresser.

Article D. 4311-30

Les objectifs de la formation complémentaire sont définis contractuellement par la personne responsable de l'encadrement du candidat sur le ou les lieux de stage, désignée par le directeur de l'institut de formation en soins infirmiers et le candidat lui-même. Le candidat peut informer la commission régionale de toute difficulté rencontrée lors du déroulement du ou des stages.

Article D. 4311-31
A l'issue de chacun des stages, la personne responsable de l'encadrement du stage procède avec l'équipe ayant effectivement assuré la formation du candidat et le candidat lui-même au bilan de cette formation au regard des objectifs déterminés. Ce bilan comportant une appréciation écrite précise et motivée est transmis à la commission et communiqué au candidat.

Article D. 4311-32

Au vu du bilan précité et du dossier initial, la commission décide de l'attribution au candidat du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière. Elle peut lui demander d'effectuer à nouveau tout ou partie de la formation complémentaire. Elle se prononce alors de façon définitive sur l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière.

Article D. 4311-33

Les décisions de la commission sont prises à la majorité des suffrages exprimés. En cas de partage égal des voix, le président a voix prépondérante.

Sous-section 3

Ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen

Paragraphe 1
Autorisation spéciale d'exercice

Article R. 4311-34

L'autorisation d'exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière prévue à l'article L. 4311-4 est délivrée par le préfet de région, après avis d'une commission régionale dont il désigne les membres sur proposition du directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

La commission, présidée par le directeur régional des affaires sanitaires et sociales ou son représentant, comprend :

1° Deux médecins ;

2° Deux cadres infirmiers, dont l'un exerce ses fonctions dans un établissement à caractère sanitaire ou médico-social, et l'autre dans un institut de formation en soins infirmiers ;

3° Un infirmier ou une infirmière exerçant dans le secteur libéral.

Lorsque le demandeur est titulaire d'un diplôme permettant l'exercice des fonctions soit d'infirmier anesthésiste, soit d'infirmier de bloc opératoire, soit de puéricultrice, la commission est complétée par deux infirmiers ou infirmières titulaires du diplôme d'Etat correspondant, dont un au moins participe à la formation préparatoire à ce diplôme.

Article R. 4311-35

Les personnes qui souhaitent bénéficier de l'autorisation prévue à l'article L. 4311-4 en formulent la demande auprès du préfet de région, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La demande est accompagnée d'un dossier permettant de connaître la nationalité du demandeur, la formation qu'il a suivie, le diplôme qu'il a obtenu et, le cas échéant, son expérience professionnelle. La liste des pièces et des informations à produire pour l'instruction de la demande est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Dans le cas où le préfet de région réclame, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, les pièces et les informations manquantes nécessaires à l'examen de la demande, le délai d'instruction est suspendu jusqu'à ce que le dossier soit complet.

Article R. 4311-36

Le préfet de région statue sur la demande d'autorisation, après avis de la commission régionale, par une décision motivée, dans un délai de quatre mois à compter de la date du récépissé mentionné à l'article R. 4311-35. L'absence de réponse dans ce délai vaut rejet de la demande.

L'autorisation précise, le cas échéant, qu'elle est accordée pour l'exercice de la spécialité d'infirmier anesthésiste, d'infirmier de bloc opératoire ou d'infirmière puéricultrice.

Article R. 4311-37
Dans les cas prévus au deuxième alinéa de l'article L. 4311-4, la délivrance de l'autorisation est subordonnée à la vérification de la capacité du demandeur à l'exercice de la profession en France. Cette vérification est effectuée au choix du demandeur soit par une épreuve d'aptitude, soit à l'issue d'un stage d'adaptation.
Article R. 4311-38
L'épreuve d'aptitude consiste en un contrôle des connaissances portant sur les matières pour lesquelles la formation du candidat a été jugée insuffisante. Elle peut prendre la forme d'une épreuve écrite, orale ou pratique.
Le stage d'adaptation, d'une durée maximale d'un an, a pour objet de permettre aux intéressés d'acquérir les connaissances portant sur les matières pour lesquelles leur formation a été jugée insuffisante.
Le préfet de région détermine, en fonction de ces matières, la nature et la durée de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation qui sont proposés au choix du candidat.
Article R. 4311-39
Sont fixées, après avis de la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales, par arrêté du ministre chargé de la santé :
1° Les conditions d'organisation, les modalités de notation de l'épreuve d'aptitude, la composition du jury chargé de l'évaluer ;
2° Les conditions d'organisation et de validation du stage d'adaptation.

Paragraphe 2
Déclaration préalable

Article R. 4311-40
L'infirmier ou l'infirmière, ressortissant d'un des Etats membres de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, qui, étant établi et exerçant légalement dans un de ces Etats autres que la France des activités d'infirmier responsable des soins généraux, veut exécuter en France des actes professionnels prévus à la section 1 du présent chapitre sans avoir procédé à son inscription sur la liste départementale prévue à l'article L. 4311-15 effectue, sauf cas d'urgence, préalablement une déclaration auprès de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales du département dans lequel il va exécuter ces actes professionnels.
Cette déclaration comporte, outre l'attestation et la déclaration sur l'honneur prévues au troisième alinéa de l'article L. 4311-22, une photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport faisant apparaître la nationalité du demandeur.
La déclaration fait l'objet d'une inscription sur un registre tenu par chaque direction départementale des affaires sanitaires et sociales.
Article R. 4311-41
L'infirmier ou l'infirmière mentionné à l'article R. 4311-40 peut, en cas d'urgence, effectuer sans délai les actes professionnels prévus à la section 1 du présent chapitre. Toutefois, il effectue la déclaration prescrite par l'article R. 4311-40 dans un délai de quinze jours à compter du début de l'accomplissement des actes en cause.

Section 3
Diplômes de spécialité
Paragraphe 1
Diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire

Article D. 4311-42
Le diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire est délivré par le préfet de région aux personnes titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière qui ont suivi un enseignement agréé par la même autorité et subi avec succès les épreuves d'un examen à l'issue de cet enseignement.
Ce diplôme peut être délivré dans les mêmes conditions aux personnes titulaires du diplôme d'Etat de sage-femme.

Article D. 4311-43
La durée totale de l'enseignement est fixée à dix-huit mois.
L'enseignement comporte une partie théorique et des stages.
Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé :
1° Les conditions d'agrément de l'enseignement ;
2° Les conditions d'admission des étudiants ;
3° Le programme et l'organisation des études ;
4° Les conditions dans lesquelles des dispenses d'enseignement peuvent être attribuées à des infirmiers ou infirmières diplômés d'Etat justifiant d'une expérience professionnelle en bloc opératoire ;
5° Les modalités des épreuves qui sanctionnent cet enseignement.
Article D. 4311-44
La nomination des directeurs et directeurs scientifiques des instituts de formation dispensant cet enseignement est subordonnée à leur agrément par le préfet de région.
Celui-ci consulte au préalable la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales pour les directeurs.

Paragraphe 2
Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste

Article D. 4311-45
Le diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste est délivré par le préfet de région aux personnes titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession ou aux personnes titulaires du diplôme d'Etat de sage-femme ou d'un autre titre permettant l'exercice de cette profession qui, après réussite à des épreuves d'admission, ont suivi un enseignement agréé par la même autorité et satisfait avec succès aux épreuves contrôlant cet enseignement.
Article D. 4311-46
Les infirmiers et infirmières, titulaires du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-anesthésiste créé par le décret du 9 avril 1960 ou titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste peuvent faire usage du titre d'infirmier anesthésiste diplômé d'Etat, à l'exclusion de toute autre appellation.
Article D. 4311-47
La durée des études préparatoires à la délivrance du diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste est de deux années.
Sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé :
1° Les conditions d'autorisation et de fonctionnement des instituts de formation ;
2° Les conditions d'admission des étudiants ;
3° Le programme et l'organisation des études ;
4° Les modalités d'attribution des dispenses d'études ;
5° Les conditions de délivrance du diplôme.
Article D. 4311-48
La nomination des directeurs et directeurs scientifiques des instituts de formation dispensant cet enseignement est subordonné à leur agrément par le préfet de région.
Celui-ci consulte au préalable la commission des infirmiers et infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales pour les directeurs.

Paragraphe 3
Diplôme d'Etat de puéricultrice

Article D. 4311-49
Le diplôme d'Etat de puéricultrice est délivré par le préfet de région aux titulaires d'un diplôme d'infirmier ou de sage-femme validés pour l'exercice de la profession en France qui ont réussi aux épreuves du concours d'admission, suivi une formation agréée par la même autorité et satisfait avec succès aux épreuves d'évaluation de l'enseignement.

Article D. 4311-50
Sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé :
1° Les conditions d'autorisation et de fonctionnement des instituts de formation ;
2° Les conditions d'admission des étudiants ;
3° La durée des études, le programme de la formation, l'organisation de l'enseignement ;
4° Les modalités de délivrance des dispenses de d'enseignement ;
5° Les conditions de délivrance du diplôme.

Article D. 4311-51

Les conditions dans lesquelles est délivrée une attestation d'études à la place du diplôme d'Etat de puéricultrice aux titulaires d'un diplôme étranger d'infirmier ou de sage-femme n'autorisant pas l'exercice en France sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article D. 4311-52

La nomination des directeurs des instituts est subordonnée à leur agrément par le préfet de région.
Celui-ci consulte au préalable la commission des infirmiers et des infirmières du Conseil supérieur des professions paramédicales.

Paragraphe 4
Décisions implicites de rejet

Article R. 4311-53

Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur les demandes d'agrément ou d'autorisation mentionnées aux articles D. 4311-42, D. 4311-44, D. 4311-45, D. 4311-48, D. 4311-49 et D. 4311-52 vaut décision de rejet.

Chapitre II
Règles professionnelles
Section 1
Dispositions communes à tous les modes d'exercice
Sous-section 1
Devoirs généraux

Article R. 4312-1

Les dispositions du présent chapitre s'imposent à toute personne exerçant la profession d'infirmier ou d'infirmière telle qu'elle est définie à l'article L. 4311-1, et quel que soit le mode d'exercice de cette profession.

Article R. 4312-2

L'infirmier ou l'infirmière exerce sa profession dans le respect de la vie et de la personne humaine. Il respecte la dignité et l'intimité du patient et de la famille.

Article R. 4312-3

L'infirmier ou l'infirmière n'accomplit que les actes professionnels qui relèvent de sa compétence en vertu des dispositions de la section I du chapitre Ier du présent titre, prises en application des articles L. 4161-1, L. 4311-1 et L. 6211-8.

Article R. 4312-4

Le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi.
Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris.
L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment.

Article R. 4312-5

L'infirmier ou l'infirmière doit, sur le lieu de son exercice, veiller à préserver autant qu'il lui est possible la confidentialité des soins dispensés.

Article R. 4312-6

L'infirmier ou l'infirmière est tenu de porter assistance aux malades ou blessés en péril.

Article R. 4312-7
Lorsqu'un infirmier ou une infirmière discerne dans l'exercice de sa profession qu'un mineur est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger, en n'hésitant pas, si cela est nécessaire, à alerter les autorités médicales ou administratives compétentes lorsqu'il s'agit d'un mineur de quinze ans.
Article R. 4312-8
L'infirmier ou l'infirmière doit respecter le droit du patient de s'adresser au professionnel de santé de son choix.
Article R. 4312-9
L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution fondée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance.
Article R. 4312-10
Pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles.
Il a également le devoir de ne pas utiliser des techniques nouvelles de soins infirmiers qui feraient courir au patient un risque injustifié.
Article R. 4312-11
L'infirmier ou l'infirmière respecte et fait respecter les règles d'hygiène dans l'administration des soins, dans l'utilisation des matériels et dans la tenue des locaux. Il s'assure de la bonne élimination des déchets solides et liquides qui résultent de ses actes professionnels.
Article R. 4312-12
Les infirmiers ou infirmières doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Il leur est interdit de calomnier un autre professionnel de la santé, de médire de lui ou de se faire écho de propos susceptibles de lui nuire dans l'exercice de sa profession. Un infirmier ou une infirmière en conflit avec un confrère doit rechercher la conciliation.
Article R. 4312-13
Le mode d'exercice de l'infirmier ou de l'infirmière est salarié ou libéral. Il peut également être mixte.
Article R. 4312-14
L'infirmier ou l'infirmière est personnellement responsable des actes professionnels qu'il est habilité à effectuer.
Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière est également responsable des actes qu'il assure avec la collaboration des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture qu'il encadre.
Article R. 4312-15
L'infirmier ou l'infirmière doit prendre toutes précautions en son pouvoir pour éviter que des personnes non autorisées puissent avoir accès aux médicaments et produits qu'il est appelé à utiliser dans le cadre de son exercice.
Article R. 4312-16
L'infirmier ou l'infirmière a le devoir d'établir correctement les documents qui sont nécessaires aux patients. Il lui est interdit d'en faire ou d'en favoriser une utilisation frauduleuse, ainsi que d'établir des documents de complaisance.
Article R. 4312-17
L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas user de sa situation professionnelle pour tenter d'obtenir pour lui-même ou pour autrui un avantage ou un profit injustifié ou pour commettre un acte contraire à la probité.
Sont interdits tout acte de nature à procurer à un patient un avantage matériel injustifié ou illicite, toute ristourne en argent ou en nature faite à un patient.
Il est également interdit à un infirmier ou une infirmière d'accepter une commission pour un acte infirmier quelconque ou pour l'utilisation de matériels ou de technologies nouvelles.
Article R. 4312-18
Il est interdit à un infirmier ou une infirmière de se livrer ou de participer à des fins lucratives à toute distribution de médicaments et d'appareils ou de produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.

Article R. 4312-19
L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas proposer au patient ou à son entourage, comme salutaire ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé.
Il ne doit pas diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux une technique ou un procédé nouveau de soins infirmiers insuffisamment éprouvés sans accompagner cette diffusion des réserves qui s'imposent.
Article R. 4312-20
L'infirmier ou l'infirmière ne peut exercer en dehors d'activités de soins, de prévention, d'éducation de la santé, de formation ou de recherche une autre activité lui permettant de tirer profit des compétences qui lui sont reconnues par la réglementation.
Il ne peut exercer une autre activité professionnelle que si un tel cumul est compatible avec la dignité et la qualité qu'exige son exercice professionnel et n'est pas exclu par la réglementation en vigueur.
Article R. 4312-21
Est interdite à l'infirmier ou à l'infirmière toute forme de compérage, notamment avec des personnes exerçant une profession médicale ou paramédicale, des pharmaciens ou des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, des établissements de fabrication et de vente de remèdes, d'appareils, de matériels ou de produits nécessaires à l'exercice de sa profession ainsi qu'avec tout établissement de soins, médico-social ou social.
Article R. 4312-22
L'infirmier ou l'infirmière auquel une autorité qualifiée fait appel soit pour collaborer à un dispositif de secours mis en place pour répondre à une situation d'urgence, soit en cas de sinistre ou de calamité, doit répondre à cet appel et apporter son concours.
Article R. 4312-23
L'infirmier ou l'infirmière peut exercer sa profession dans un local aménagé par une entreprise ou un établissement pour les soins dispensés à son personnel.
Article R. 4312-24
Dans le cas où il est interrogé à l'occasion d'une procédure disciplinaire, l'infirmier ou l'infirmière est tenu, dans la mesure compatible avec le respect du secret professionnel, de révéler les faits utiles à l'instruction parvenus à sa connaissance.

Sous-section 2
Devoirs envers les patients

Article R. 4312-25
L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, ses mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation.
Article R. 4312-26
L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.
Article R. 4312-27
Lorsqu'il participe à des recherches biomédicales, l'infirmier ou l'infirmière doit le faire dans le respect des dispositions du titre II du livre Ier de la partie I du présent code.
Article R. 4312-28
L'infirmier ou l'infirmière peut établir pour chaque patient un dossier de soins infirmiers contenant tous les éléments relatifs à son propre rôle et permettant le suivi du patient.
L'infirmier ou l'infirmière, quel que soit son mode d'exercice, doit veiller à la protection contre toute indiscrétion de ses fiches de soins et des documents qu'il peut détenir concernant les patients qu'il prend en charge. Lorsqu'il a recours à des procédés informatiques, quel que soit le moyen de stockage des données, il doit prendre toutes les mesures qui sont de son ressort pour en assurer la protection, notamment au regard des règles du secret professionnel.

Article R. 4312-29
L'infirmier ou l'infirmière applique et respecte la prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin prescripteur, ainsi que les protocoles thérapeutiques et de soins d'urgence que celui-ci a déterminés.
Il vérifie et respecte la date de péremption et le mode d'emploi des produits ou matériels qu'il utilise.
Il doit demander au médecin prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé.
L'infirmier ou l'infirmière communique au médecin prescripteur toute information en sa possession susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution.
Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier ou l'infirmière demande au médecin prescripteur d'établir un protocole thérapeutique et de soins d'urgence écrit, daté et signé.
En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé.
Article R. 4312-30
Dès qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité, sous réserve des dispositions de l'article R. 4312-41.
Article R. 4312-31
L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers ou infirmières, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité.
Article R. 4312-32
L'infirmier ou l'infirmière informe le patient ou son représentant légal, à leur demande, et de façon adaptée, intelligible et loyale, des moyens ou des techniques mis en oeuvre. Il en est de même des soins à propos desquels il donne tous les conseils utiles à leur bon déroulement.

Section 2
Infirmiers ou infirmières d'exercice libéral
Sous-section 1
Devoirs généraux

Article R. 4312-33
L'infirmier ou l'infirmière doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation adaptée et de moyens techniques suffisants pour assurer l'accueil, la bonne exécution des soins et la sécurité des patients.
Article R. 4312-34
L'infirmier ou l'infirmière ne doit avoir qu'un seul lieu d'exercice professionnel. Toutefois, par dérogation à cette règle, il peut avoir un lieu d'exercice secondaire dès lors que les besoins de la population, attestés par le préfet, le justifient. L'autorisation d'exercer dans un lieu secondaire est donnée par le préfet, à titre personnel et non cessible. Elle est retirée par le préfet lorsque les besoins de la population ne le justifient plus, notamment en raison de l'installation d'un autre infirmier.
Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'application par les sociétés civiles professionnelles d'infirmiers et leurs membres de l'article 51 du décret n° 79-949 du 9 novembre 1979 portant règlement d'administration publique pour l'application à la profession d'infirmier ou d'infirmière de la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966 relative aux sociétés civiles professionnelles.
Article R. 4312-35
Toute association ou société entre des infirmiers ou infirmières doit faire l'objet d'un contrat écrit qui respecte l'indépendance professionnelle de chacun d'eux.
Article R. 4312-36
L'exercice forain de la profession d'infirmier ou d'infirmière est interdit.

Article R. 4312-37
La profession d'infirmier ou d'infirmière ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Tous les procédés directs ou indirects de réclame ou publicité sont interdits aux infirmiers ou infirmières.
L'infirmier ou l'infirmière ne peut faire figurer sur sa plaque professionnelle, sur ses imprimés professionnels, des annuaires téléphoniques ou professionnels ou sur des annonces que ses nom, prénoms, titres, diplômes et, le cas échéant, lieu de délivrance, certificats ou attestations reconnus par le ministre chargé de la santé, adresse et téléphone professionnels et horaires d'activité.
La plaque professionnelle ne doit pas avoir de dimensions supérieures à 25 cm x 30 cm. L'infirmier ou l'infirmière qui s'installe, qui change d'adresse, qui se fait remplacer ou qui souhaite faire connaître des horaires de permanence peut procéder à deux insertions consécutives dans la presse.
Article R. 4312-38
Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière d'exercer sa profession dans un local commercial et dans tout local où sont mis en vente des médicaments, ou des appareils ou produits ayant un rapport avec son activité professionnelle.
Article R. 4312-39
Il est interdit à un infirmier ou à une infirmière qui remplit un mandat électif ou une fonction administrative d'en user pour accroître sa clientèle.

Sous-section 2
Devoirs envers les patients

Article R. 4312-40
L'infirmier ou l'infirmière informe le patient du tarif des actes d'infirmier effectués au cours du traitement ainsi que de sa situation au regard de la convention nationale des infirmiers prévue à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale. Il affiche également ces informations dans son lieu d'exercice et de façon aisément visible.
Il est tenu de fournir les explications qui lui sont demandées par le patient ou par ses proches sur sa note d'honoraires ou sur le coût des actes infirmiers dispensés au cours du traitement.
Les honoraires de l'infirmier ou de l'infirmière non conventionné doivent être fixés avec tact et mesure.
Sont interdits toute fixation de forfait d'honoraires ainsi que toute fraude, abus de cotation ou indication inexacte portant sur les actes effectués.
L'infirmier ou l'infirmière est toutefois libre de dispenser ses soins gratuitement.
Article R. 4312-41
Si l'infirmier ou l'infirmière décide, sous réserve de ne pas nuire à un patient, de ne pas effectuer des soins, ou se trouve dans l'obligation de les interrompre, il doit en expliquer les raisons à ce patient et, à la demande de ce dernier ou de ses proches, lui remettre la liste départementale des infirmiers et infirmières mentionnée à l'article L. 4312-1.
Dans ce cas, ou si le patient choisit spontanément de s'adresser à un autre infirmier ou à une autre infirmière, l'infirmier ou l'infirmière remet au médecin prescripteur les indications nécessaires à la continuité des soins.
Le cas échéant, il transmet au médecin désigné par le patient ou par ses proches et avec leur accord explicite la fiche de synthèse du dossier de soins infirmiers.

Sous-section 3
Devoirs envers les confrères

Article R. 4312-42
Tous procédés de concurrence déloyale et notamment tout détournement de clientèle sont interdits à l'infirmier ou à l'infirmière.
L'infirmier ou l'infirmière ne peut abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence.
Sous-section 4
Conditions de remplacement

Article R. 4312-43
Le remplacement d'un infirmier ou d'une infirmière est possible pour une durée correspondant à l'indisponibilité de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé. Toutefois, un infirmier ou une infirmière interdit d'exercice par décision disciplinaire ne peut se faire remplacer pendant la durée de la sanction.
Au-delà d'une durée de vingt-quatre heures, ou en cas de remplacement d'une durée inférieure à vingt-quatre heures mais répété, un contrat de remplacement doit être établi entre les deux parties.
Article R. 4312-44
Un infirmier ou une infirmière d'exercice libéral peut se faire remplacer soit par un confrère d'exercice libéral, soit par un infirmier ou une infirmière n'ayant pas de lieu de résidence professionnelle. Dans ce dernier cas, le remplaçant doit être titulaire d'une autorisation de remplacement délivrée par le préfet du département de son domicile et dont la durée maximale est d'un an, renouvelable.
L'infirmier ou l'infirmière remplaçant ne peut remplacer plus de deux infirmiers ou infirmières à la fois, y compris dans une association d'infirmier ou un cabinet de groupe.
Article R. 4312-45
Lorsque l'infirmier ou l'infirmière remplacé exerce dans le cadre d'une société civile professionnelle ou d'une société d'exercice libéral, il doit en informer celle-ci.
Durant la période de remplacement, l'infirmier ou l'infirmière remplacé doit s'abstenir de toute activité professionnelle infirmière, sous réserve des dispositions des articles R. 4312-6 et R. 4312-22.
L'infirmier ou l'infirmière remplacé doit informer les organismes d'assurance maladie en leur indiquant le nom du remplaçant ainsi que la durée et les dates de son remplacement. Dans le cas où le remplaçant n'a pas de lieu de résidence professionnelle, l'infirmier ou l'infirmière remplacé indique également le numéro et la date de délivrance de l'autorisation préfectorale mentionnée à l'article R. 4312-44.
Article R. 4312-46
L'infirmier ou l'infirmière remplaçant qui n'a pas de lieu de résidence professionnelle exerce au lieu d'exercice professionnel de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé et sous sa propre responsabilité.
L'infirmier ou l'infirmière d'exercice libéral remplaçant peut, si l'infirmier ou l'infirmière remplacé en est d'accord, recevoir les patients dans son propre cabinet.
Article R. 4312-47
Lorsqu'il a terminé sa mission et assuré la continuité des soins, l'infirmier ou l'infirmière remplaçant abandonne l'ensemble de ses activités de remplacement auprès de la clientèle de l'infirmier ou de l'infirmière remplacé.
Un infirmier ou une infirmière qui a remplacé un autre infirmier ou une autre infirmière pendant une période totale supérieure à trois mois ne doit pas, pendant une période de deux ans, s'installer dans un cabinet où il pourrait entrer en concurrence directe avec l'infirmier ou l'infirmière remplacé, et éventuellement avec les infirmiers ou les infirmières exerçant en association avec celui-ci, à moins que le contrat de remplacement n'en dispose autrement.
Article R. 4312-48
L'infirmier ou l'infirmière ne peut, dans l'exercice de sa profession, employer comme salarié un autre infirmier, un aide-soignant, une auxiliaire de puériculture ou un étudiant infirmier.

Section 3
Infirmiers et infirmières salariés

Article R. 4312-49
Le fait pour un infirmier ou une infirmière d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un employeur privé, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels.
L'exercice habituel de la profession d'infirmier sous quelque forme que ce soit au sein d'une entreprise, d'une collectivité ou d'une institution ressortissant du droit privé doit, dans tous les cas, faire l'objet d'un contrat écrit.

Chapitre IV

Dispositions pénales
Le présent chapitre ne comporte pas de dispositions réglementaires.

LES REGLES GENERALES POUR EFFECTUER UN SOIN

Ces notions globales sont à connaître parfaitement pour effectuer un soin de qualité

UN SOIN EST ADAPTE AUX BESOINS DE LA PERSONNE SOIGNEE…

- Se documenter au sujet de la personne :
  - classer les informations par ordre de priorité,
  - déterminer les ressources de la personne, son degré de participation,
  - établir les corrélations entre les informations recueillies, les connaissances théoriques et le soin à réaliser.

- Prévoir le matériel nécessaire spécifique au soin.

- Prévenir la personne soignée :
  - vérifier la présence et son identité,
  - la prévenir du soin,
  - apprécier l'état de la personne (présence de soin annexe),
  - juger en concertation avec elle de la nécessité de faire sortir les visiteurs,
  - vérifier l'agencement de l'environnement (conditions optimum de réalisation du soin).

- Le temps du soin :
  - signaler votre présence dans la chambre (voyant lumineux),
  - fermer les portes et fenêtres,
  - installer la personne soignée / l'opérateur,
  - organiser l'environnement de travail.

- Le soin terminé :
  - réinstaller la personne dans la chambre et réaménager son environnement,
  - s'assurer du bien-être de la personne et tenir compte d'un éventuel besoin,
  - pratiquer une asepsie rapide des mains,
  - éteindre le voyant lumineux qui signale votre présence.

LE SOIN REPOND AU CRITERE DE SECURITE, D'EFFICACITE, DE CONFORT ET D'ECONOMIE !

- **La sécurité :** (ne pas mettre en danger la personne)

Quelques indicateurs :
  - respecter les règles d'hygiène et d'asepsie,
  - respecter les prescriptions,
  - utiliser du matériel et des produits adéquats,
  - accomplir des gestes sûrs et rapides,
  - prévenir les chutes et les blessures.

- **L'efficacité :** (atteindre l'objectif fixé au départ)

L'indicateur :

  - mesurer le résultat obtenu par rapport à l'objectif.

- **Le confort :** (prévoir tout élément contribuant au bien-être)

Quelques indicateurs :

  - installer confortablement la personne,
  - respecter la pudeur,
  - s'assurer du bien-être ressenti par la personne,
  - veiller à la position de l'opérateur : règles d'ergonomie.

- **L'économie :** (tenir compte des paramètres temps – gestes - matériel)

Quelques indicateurs :

  - réaliser le soin dans un délai raisonnable,
  - utiliser un matériel adapté et sans gaspillage,
  - éviter les gestes inutiles ou répétitifs.

LE SOIN EST EFFECTUE DANS LE RESPECT DES REGLES D'HYGIENE ET/OU D'ASEPSIE !

- cf. fiches de recommandations du C.L.I.N. : tenue, lavage des mains, antisepsie, désinfection, …
- appliquer et faire respecter dans la mesure du possible les précautions standarts.

INFORMATION ET EDUCATION DU PATIENT…

- L'information et l'éducation sont nécessaires pour obtenir la participation du patient au soin et dans certains cas pour l'apprentissage de nouveaux comportements.

LE SOIN EST EVALUE…

- Définir les critères spécifiques à chaque situation avant l'exécution du soin,
- tenir compte des éléments de surveillance au cours de la réalisation du soin et des réactions de la personne,
- évaluer le résultat du soin et le degré de satisfaction du patient si possible en fin de soin,
- réajuster si nécessaire en fonction de l'évaluation, c'est à dire mesurer le résultat obtenu par rapport au résultat attendu.

LE SOIN TERMINE, IL FAUT…

- Nettoyer et ranger le matériel,
- se laver les mains.

LE SOIN FAIT L'OBJET D'UNE TRANSMISSION…

- Etape qui permet la continuité du soin :
  - transmissions orales (notion de travail d'équipe),
  - transmissions écrites (notion de traçabilité) :utilisation du dossier de soins ou autres documents du service.

AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 05. 03. 01.
TENUE VESTIMENTAIRE DANS LES SERVICES DE SOINS	
Niveau de preuve : 3	
Date de la diffusion : septembre 2002 Version : 02	Rédigée par : IDE CLIN Vérifiée par : E.O.H.H. CLIN Approuvée par : C.L.I.N.

9. Fiche technique

Objectif : disposer d'une tenue propre à chaque vacation afin de réduire l'apport de germes auprès des patients.

Quand ? A la prise de fonction

Qui ? Tout le personnel paramédical

Matériel

- une tunique personnalisée, à manches courtes,
- un pantalon personnalisé
- chaussures personnelles réservées à l'activité professionnelle, nettoyables, confortables, silencieuses, antidérapantes, fermées sur le dessus (prévention risque Accident d'Exposition au Sang et liquides biologiques et Accidents d'Exposition aux risques Viraux)

Technique

- dans le vestiaire, enlever les vêtements de ville.
- Enlever les bijoux et la montre, ongles courts et sans vernis.
- Attacher les cheveux.
- Réaliser un lavage simple des mains (Cf. P.E. : 04. 05. 01. 01.).
- Revêtir la tunique et le pantalon propres
- Mettre les chaussures de travail spécifiques.
- Réaliser une désinfection par friction des mains (Cf. P.E. : 04. 05. 02.) avant de quitter le vestiaire.

Les survestes ne doivent jamais être portées lors des préparations et réalisations de soins

10 Grille d'évaluation

observation	Items	critères		
		oui	non	remarques
D	vêtements de ville enlevés			
D	bijoux et montre enlevés			
D	lavage simple des mains			
D	port tunique et pantalon propres			
D	port chaussures travail spécifiques			
D	désinfection par friction des mains			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe.

***Critères* : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».**

LES PRECAUTIONS « STANDARD »

Ces précautions sont à respecter lors de tout soin donné à un patient.

	RECOMMANDATIONS
Lavages et / ou désinfections des mains	- Après le retrait de gants, entre deux patients, deux activités. - Des fiches techniques doivent décrire la technique à utiliser dans chaque cas.
Ports de gants **Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités.**	- Si risque de contact avec du sang ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, chambres implantables, prélèvements sanguins…) et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés… - Lors de tout soin, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.
Port de sur-blouses, lunettes, masques	- Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou tout autre produit d'origine humaine (aspiration, endoscopie, acte opératoire, autopsie, manipulation de matériel et linge souillés…).
Matériels souillés	- Matériel piquant / tranchant à usage unique : ne pas re-capuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié. - Matériel réutilisable : manipuler avec précautions le matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine. - Vérifier que le matériel a subi un procédé d'entretien (stérilisation ou désinfection) approprié avant d'être utilisé[1].
Surfaces souillées	- Nettoyer et désinfecter avec un désinfectant approprié les surfaces souillées par des projections ou aérosolisation de sang ou tout autre produit d'origine humaine.

[1]L'évaluation du risque de transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob conduit à mettre en œuvre les mesures indiquées dans la circulaire n°100 du 11 décembre 1995 relative aux précautions à observer pour la prévention de la transmission de la maladie de Creutzfeldt-Jakob

	RECOMMANDATIONS
Transport de prélèvements biologiques, de linge et de matériels souillés	- Les prélèvements biologiques, le linge et instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être transportés dans un emballage étanche, fermé.
Si contact avec du sang ou liquide biologique[2]	- Après piqûre, blessure : lavage et antisepsie au niveau de la plaie. - Après projection sur muqueuse (conjonctive) : rinçage abondant.

[2] Circulaire DGS / DH / DSS n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations mises en œuvre d'un traitement anti-rétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

LE LAVAGE DES MAINS

DEFINITION

Le lavage des mains assure l'hygiène, la protection, la sécurité en prévenant la transmission des germes manuportés responsables d'une grande partie des infections nosocomiales.

INDICATIONS

Lavage simple :

- Arrivée et départ du service de soins, acte en rapport aux soins de confort et à l'hôtellerie.
- Soin infirmier non invasif : soins d'hygiène et de confort…
- Geste de la vie courante : se moucher, toilettes, …
- Après chaque geste contaminant.

Lavage antiseptique :

- Soin auprès d'un patient immunodéprimé et/ou sous traitement immunosuppresseur.
- Soin auprès d'un patient porteur d'infection.
- Mise en place des mesures d'isolement septique ou aseptique.
- Après un soin à risque de contamination chez un patient ou dans tous les cas entre deux patients.
- Soin invasif (injection, ponction sanguine, …).
- Préparation et reconstitution alimentaire (poche d'alimentation, …).

Lavage avec solution hydro-alcoolique :

- La SHA est utilisée en substitution du lavage antiseptique sur des mains propres (en complément du lavage des mains simple).
- La SHA peut remplacer le lavage des mains en cas d'urgence, de rupture de soins ou si l'équipement est insuffisant pour le lavage des mains.

Lavage chirurgical :

- Avant tout geste chirurgical ou nécessitant une haute asepsie.

OBJECTIFS

- Prévention de survenue d'une infection et ce, quel que soit le terrain des patients.

MATERIEL

- Le lavage simple : cf. fiche technique protocole du CLIN (livre blanc).
- Le lavage antiseptique : cf. fiche technique protocole du CLIN (livre blanc).
- Le lavage chirurgical : cf. fiche technique protocole du CLIN (livre blanc).

DEROULEMENT DU SOIN

- Le lavage simple, le lavage antiseptique, le lavage chirurgical : cf. fiche technique protocole du CLIN (livre blanc).

EVALUATION

- Le lavage simple, le lavage antiseptique, le lavage chirurgical : cf. fiche technique protocole du CLIN (livre blanc).

BIBLIOGRAPHIE

- Fiches techniques CLIN.

9. Fiche technique

Objectif : éliminer les souillures macroscopiques et diminuer la flore transitoire cutanée
Le lavage simple est un geste d'hygiène corporelle.

Quand ? En fonction des situations, lorsqu'il y a sensation de mains sales, ...

Qui ? Tout le personnel hospitalier.

Matériel :

- point d'eau du réseau,
- poubelle avec une ouverture non manuelle,
- savon liquide Cf. P.E. : 04. 01. 10.,
- essuie-mains papier à usage unique.

Technique : (durée environ une minute)

- avoir les ongles courts, propres et sans vernis,
- enlever les bijoux,
- porter une tenue adaptée au secteur d'activité à manches courtes (avant-bras dégagés),
- se mouiller les mains et les poignets (largeur d'une main) avec l'eau du réseau,
- déposer du savon liquide dans le creux d'une main,
- bien faire mousser par des mouvements de rotation, de frottement entre les deux mains en insistant sur les espaces interdigitaux, les extrémités des doigts et les poignets (largeur d'une main) pendant 30 secondes environ,
- rincer abondamment pour éliminer tous les résidus dus au savonnage pendant une durée égale voir supérieure au temps de savonnage,
- sécher par tamponnement avec le papier à usage unique,
- si besoin, fermer le robinet avec le papier,
- jeter le papier dans la poubelle.

- **10. Grille d'évaluation**

Type de lavage adapté au geste qui précède oui ☐ non ☐

au geste qui suit oui ☐ non ☐

obser vation	items	critères		
		oui	non	remarques
Tenue vestimentaire correcte				
D	port de manches courtes			
D	ongles courts, propres et sans vernis			
D	absence de bijoux			
Préparation du matériel				
D + L	produit adapté au lavage			
D + L	date d'ouverture notée sur flacon			
D	distributeur papier approvisionné			
Réalisation				
D	mains mouillées avant application			
D	quantité produit adaptée			
D	technique respectée			
D	rinçage soigneux			
D	utilisation essuie-mains correcte			
D	absence contamination lors fermeture robinet			
D	absence contamination en fin de procédure			
D	durée du geste respectée			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 05. 01. 02.
LAVAGE ANTISEPTIQUE DES MAINS OU DESINFECTION HYGIENIQUE DES MAINS	
Niveau de preuve : 3	
Date de la diffusion : janvier 2002 Version : 03	Rédigée par : IDE CLIN Vérifiée par : E.O.H.H. CLIN Approuvée par : C.L.I.N.

9. Fiche technique

Objectif : éliminer la flore transitoire.

Quand ? Avant tout soin,
avant un geste aseptique ne nécessitant pas un lavage chirurgical,
après un geste septique.

Qui ? Tout le personnel.

Matériel :

- point d'eau du réseau,
- poubelle à ouverture non manuelle,
- solution antiseptique moussante avec pompe doseuse, Cf. P.E. : 04. 01. 05., OU savon liquide Cf. P.E. : 04. 01., 10. et solution hydroalcoolique Cf. P.E. : 04. 01. 11.,
- essuie-mains papier à usage unique.

Technique : (durée environ deux minutes)

- avoir les ongles courts, propres et sans vernis et enlever les bijoux.
- porter une tenue adaptée au secteur d'activité à manches courtes (avant-bras dégagés).
- se mouiller les mains et les poignets (largeur d'une main) avec l'eau du réseau.

1ère technique

- Déposer du savon liquide antiseptique dans le creux d'une main.
- Bien faire mousser par des mouvements de rotation, de frottement entre les deux mains en insistant sur les espaces interdigitaux, les extrémités des doigts et les poignets (largeur d'une main) pendant une minute environ.
- Rincer abondamment pour éliminer tous les résidus dus au savonnage pendant une durée égale voir supérieure au temps de savonnage.
- Sécher par tamponnement avec le papier à usage unique.
- Si besoin, fermer le robinet avec le papier, et jeter le papier dans la poubelle.

2ème technique

- Déposer du savon liquide dans le creux d'une main.
- Bien faire mousser par des mouvements de rotation, de frottement entre les deux mains en insistant sur les espaces interdigitaux, les extrémités des doigts et les poignets (largeur d'une main) pendant 30 secondes environ.
- Rincer abondamment pour éliminer tous les résidus dus au savonnage pendant une durée égale voir supérieure au temps de savonnage.
- Sécher par tamponnement avec le papier à usage unique.
- Si besoin, fermer le robinet avec le papier et jeter le papier dans la poubelle.
- Prendre une dose de solution hydroalcoolique.
- Se frotter vigoureusement les mains, espaces interdigitaux, doigts et poignets pour répartir le produit jusqu'à évaporation complète du produit, et obtenir une sensation de mains sèches.

10. Grille d'évaluation

Type de lavage adapté au geste qui précède oui ☐ non ☐

au geste qui suit oui ☐ non ☐

obser vation	items	critères		
		oui	non	remarques
Tenue vestimentaire correcte				
D	port de manches courtes			
D	ongles courts, propres et sans vernis			
D	absence de bijoux			
Préparation du matériel				
D + L	produit adapté au lavage			
D + L	date d’ouverture notée sur flacon			
D	distributeur papier approvisionné			
Réalisation				
D	mains mouillées avant application			
D	quantité produit adaptée			
D	technique respectée			
D	rinçage soigneux			
D	utilisation essuie-mains correcte			
D	absence contamination lors fermeture robinet			
D	absence contamination en fin de procédure			
D	durée du geste respectée			

Référentiel grille d’évaluation

Observation des items D = source d’observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c’est fait et bien fait, non : ce n’est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 05. 02.
DESINFECTION HYGIENIQUE DES MAINS PAR FRICTION	
Niveau de preuve : 3	
Date de la diffusion : Mai 2009 Version : 04 Nombre de pages : 1/5	Rédigée par : Cadre de santé EOHH CLIN Vérifiée par : EOHH CLIN Approuvée par : Pr LASCOLA, Président du CLIN

1. Objet :

Objectif global : éviter la transmission manuportée des micro-organismes.

Objectif spécifique :

● Désinfection des mains avant le soin :

- réduire la flore globale
- éliminer la flore transitoire, notamment les bactéries multi résistantes, les virus à transmission manuportée

= protéger le patient

● Désinfection des mains après le soin :

- éliminer la flore acquise au contact des patients, notamment les bactéries multi résistantes, les virus à transmission manuportée
- protéger le soignant
- éviter la transmission manuportée des micro-organismes dans l'environnement du patient (poignée de porte, chariot …)

2. Domaine d'application

Par : tous personnels hospitaliers, visiteurs … .

Quoi : désinfection des mains visuellement propres (non souillées par des liquides ou matières organiques), sèches et en l'absence de talc et poudre, à l'aide d'un produit hydro-alcoolique[3].

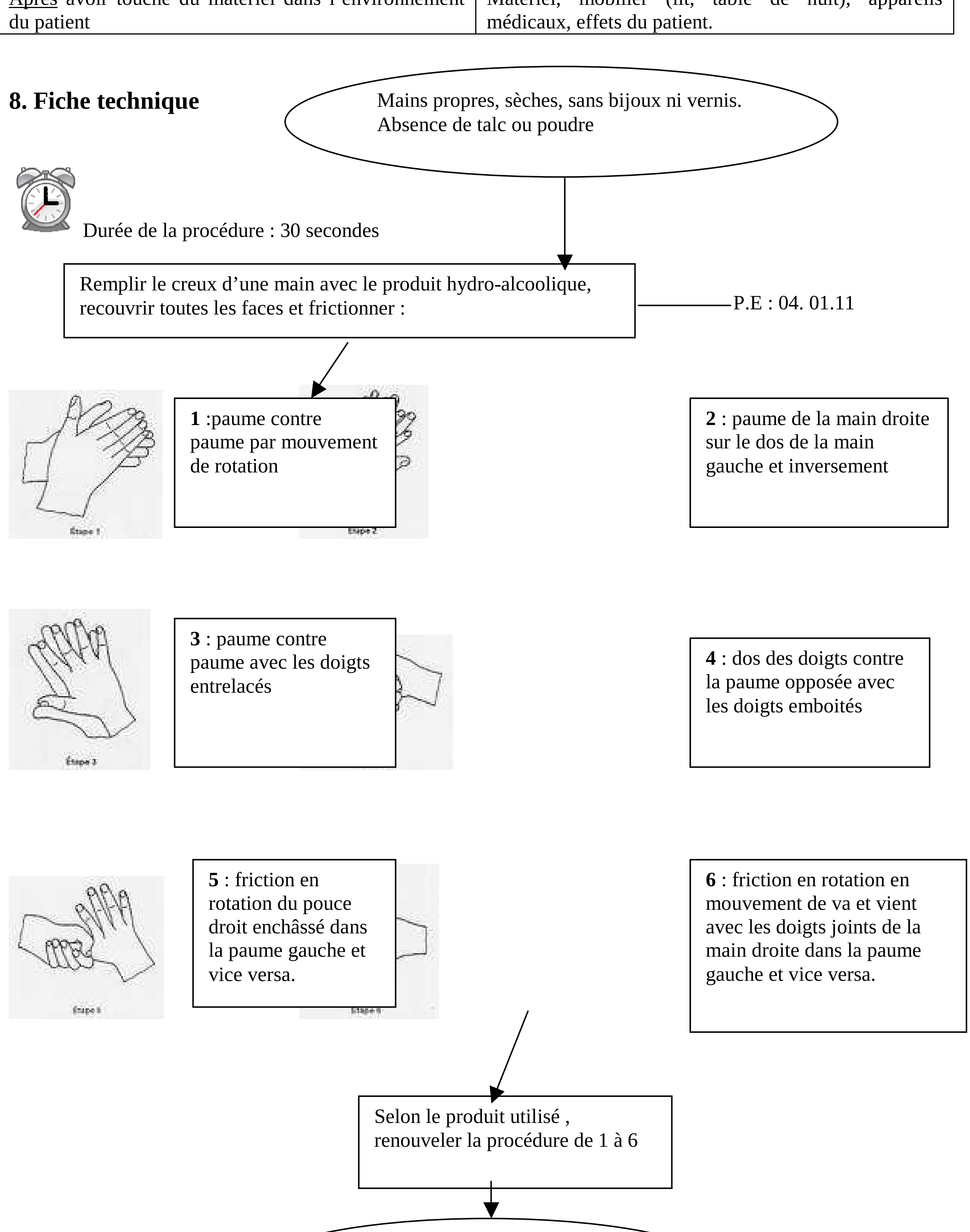
Quand :

INDICATIONS	EXEMPLES
Immédiatement avant de toucher le patient, (et avant la mise en place éventuelle de gants) .	•geste de convenance, de réconfort : serrer la main etc … • soins directs : aider à la mobilisation, à la toilette, massages etc… • examen clinique, prise de pulsations, de tension artérielle etc…
Immédiatement avant un geste aseptique (et avant la mise en place éventuelle de gants)	• avant tout acte de soin invasif •contact avec une muqueuse • contact avec une peau lésée (pansement, injection)

[3] *Lorsque les mains sont visiblement souillées ou contaminées par du matériel organique (liquide biologiques, matière protéique), lorsqu'une exposition à des germes sporulés est avérée ou suspectée, ainsi qu'après être allé aux toilettes, la nécessité de laver les mains au savon et à l'eau sera requise.*

	• contact avec un dispositif médical • contact indirect (préparation d'aliments, de médicaments, de set de pansement)
Après avoir pratiqué un geste à risque d'exposition à un liquide biologique (et après le retrait des gants), sans AES.	• contact avec une muqueuse, une peau lésée, un dispositif médical invasif, prélèvement et manipulation de sang ou autre liquide biologique • entretien et maintenance : évacuation d'urines, de selles, de vomissements, nettoyage de lieux et matériels contaminés et souillés etc ….
Après avoir touché le patient	Gestes de convenance, soins directs, examen clinique
Après avoir touché du matériel dans l'environnement du patient	Matériel, mobilier (lit, table de nuit), appareils médicaux, effets du patient.

8. Fiche technique



9. Grille d'évaluation

Observateur Date Audit n° : Heures de début/fin durée	Hôpital Service UF	Période : M AM N Catégorie professionnelle :

Action adaptée

- avant le contact avec le patient (avant mise en place éventuelle de gants) oui ☐ non ☐
- avant un geste aseptique (avant la mise en place éventuelle de gants) oui ☐ non ☐
- après le risque d'exposition à un liquide biologique (après le retrait des gants) oui ☐ non ☐
- après contact avec le patient oui ☐ non ☐
- après contact avec l'environnement du patient oui ☐ non ☐

Observation	*items*	critères		
		oui	non	remarques
D	Mains propres[4]			
D	produit adapté			
D	technique respectée[5]			
D	durée du geste respectée : mains redevenues sèches			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe
Items
Critères

oui c'est fait et bien fait,
non : ce n'est pas fait,
remarques : élément qui peut expliciter le « non »

[4] Mains macroscopiquement propres, sèches, sans bijoux ni vernis, sans talc ou poudre
[5] Technique respectée : étapes 1 à 6.

8. Fiche technique - STERILLIUM®

Distributeur : RIVADIS

Présentation : Solution bleutée en flacon de 100 ml .

Composition : Propanol, Isopropanol, Ammonium quaternaire.

Propriétés microbiologiques :

- Normalisées :
  - bactéricidie : EN 1040,
  - levuricidie : EN 1275
- Non normalisées : actif in vitro sur Adénovirus H5, sur Rotavirus, Herpès virus de type 1, Orthopox virus de la vaccine.

Indications et mode d'utilisation : Sur une peau saine, propre et sèche :

- Désinfection hygiénique des mains par friction :
  - Utiliser au minimum 3 ml (soit un creux de la main) et frictionner la peau pendant 30 secondes (cf P. E : 04.05.02)
  - En cas de risque de contamination **tuberculeuse** : utiliser 2 fois 3 ml et frictionner la peau 30 secondes à chaque fois.
  - En cas de **HIV** : utiliser 2 fois 5 ml (3 creux de main) et frictionner pendant 1 minute.
  - En cas de contamination par les **virus suivants** : Hépatite B, Adenovirus H5, Orthopox virus de la vaccine et Herpès virus type 1, utiliser 2 fois 5 ml de solution et frictionner la peau pendant 5 minutes.

Contre-indications :

- Hypersensibilité aux ammoniums quaternaires ou à un autre constituant.
- Prématurés et nourrissons de moins de 30 mois.
- Application sur des muqueuses ou sur peau lésée.

Précautions d'emploi :

- Si utilisation de gants, ceux-ci doivent être sans poudre
- Liquide inflammable.

Conservation :

- A l'abri de la chaleur
- Dans le flacon d'origine bouché : 1 an après la première ouverture du flacon
- Vérifier la date de péremption.

8. Fiche technique - ANIOSRUB® 85 NPC

Distributeur : ANIOS

Présentation : Solution incolore en flacon de 500 ml avec pompe doseuse de 1,5 ml. Utilisable avec un distributeur à coude (numéro pharmaco : 013268)

Composition : Ethanol, agents hydratants et émollients.

Propriétés microbiologiques :

- Normalisées :
  - bactéricidie : EN 1040, pr EN 12054
  - mycobactéricidie : EN 14348
  - levuricidie : EN 1275
- Non normalisées : Actif sur Poliovirus, HIV-1, Rotavirus, Herpès virus, BVDV (virus modèle HCV), PRV (virus modèle HBV)

Indications et mode d'utilisation : Sur une peau saine, propre et sèche :

- Désinfection hygiénique : utiliser 3 ml soit 2 pressions de pompe (cf P.E : 04.05.02),
- Désinfection chirurgicale : utiliser 3 ml au minimum, 2 fois (cf P.E : 04. 05. 02.02) .

Contre-indications :

- Prématurés et nourrissons de moins de 30 mois.
- Application sur des muqueuses ou sur peau lésée.

Précautions d'emploi :

- Si utilisation de gants, ceux-ci doivent être sans poudre
- Liquide inflammable.

Conservation :

- A l'abri de la chaleur
- Dans le flacon d'origine
- Vérifier la date de péremption.

8. Fiche technique - SANITYS®

Distributeur : Hygienic system

Présentation : Solution en cartouche de 250 ml (aérosol sous pression), à adapter sur un support distributeur spécifique.

Composition : Alcool éthylique modifié à 70° (Tartrazine, Camphre, Alcool éthylique)

Propriétés microbiologiques normalisées:

- bactéricidie : pr EN 12054
- levuricidie : EN 1275

Indications et mode d'utilisation : Sur une peau saine, propre et sèche

Désinfection hygiénique : utiliser 3 ml de produit (soit un creux de la main) (cf P.E : 04.05.02)

Contre-indications :

- Prématurés et nourrissons de moins de 30 mois.
- Application sur des muqueuses ou sur peau lésée.
- Hypersensibilité à la tartrazine

Précautions d'emploi :

- Si utilisation de gants, ceux-ci doivent être sans poudre
- Liquide inflammable.

Conservation :

- Dans le flacon d'origine bouché, à l'abri de la chaleur.
- Respecter la date limite d'utilisation (sur le flacon)
- Nettoyer et désinfecter le support journellement.

9. Grille d'évaluation : Non renseignée.

9. Fiche technique

Tenue adaptée au secteur d'activité : camisole manches courtes, cagoule, masque. Pas de bijoux, ongles courts
Eau micro-filtrée
P.E : 04.01.05

Avant tout geste chirurgical ou nécessitant une haute asepsie

Se mouiller les mains, les poignets, les avant-bras et les coudes

Déposer une dose de savon antiseptique dans chaque paume.
se laver les mains, avant-bras et coudes inclus, un bras après l'autre : bien faire mousser par des mouvements de rotation, de frottement entre les deux mains en insistant sur les espaces interdigitaux, les doigts, puis en utilisant la main opposée « savonner » par des mouvements circulaires poignets, avant-bras et coudes pendant 1 minute minimum

Se rincer les mains, avant-bras et coudes, tout en maintenant les mains au-dessus descoudes fléchis, pour éliminer tous les résidus dus au savonnage pendant une durée égalevoire supérieure au temps de savonnage.

Se brosser exclusivement les ongles pendant une minute avec une brosse stérile à usage unique, pré-imprégnée de savon antiseptique

Rincer abondamment, pour éliminer tous les résidus dus au savonnage pendant unedurée égale voir supérieure au temps de savonnage.

Reprendre une dose de solution antiseptique moussante. Se relaver mains et avant-bras, en s'arrêtantaux manchettes, avec la même technique que dans le premier temps, et ce pendant une minuteminimum.

Se rincer soigneusement les mains et avant-bras, en maintenant les mains levées et les coudes fléchis, pour éliminer tous les résidus dus au savonnage pendant une durée égale voir supérieure au tempsdesavonnage.

S'essuyer par tamponnement avec l'essuie-mains stérile contenu dans le « pack tenue » les mains puis les avants-bras.

10. Grille d'évaluation

obser vation		*items*	critères
oui	non		remarques
Tenue vestimentaire correcte			
D		port de manches courtes	
D		ongles courts, propres et sans vernis	
D		absence de bijoux et montre	
Préparation du matériel			
D + L		produit adapté au lavage	
D + L		date d’ouverture notée sur flacon	
Réalisation			
D		mains mouillées avant application	
D		quantité produit adaptée	
D		technique respectée	
D		rinçage soigneux	
D		utilisation essuie-mains stérile correcte	
D		absence contamination en fin de procédure	
D		durée du geste respectée	

Référentiel grille d’évaluation

Observation des items

D = source d’observation directe

L = source d’observation écrite, donc lecture

Items

Critères

oui c’est fait et bien fait,

non : ce n’est pas fait

remarques : élément qui peut expliciter le « non »

INSTALLATION DU PATIENT DANS UNE POSITION EN RAPPORT AVEC SA PATHOLOGIE ET/OU SON HANDICAP

DÉFINITION

Installation du patient alité ou au fauteuil dans une position compatible avec sa maladie et/ou son handicap.

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004 – Code de la santé publique

- Titre du texte : Profession d'infirmier ou d'infirmière
- Chapitre : 1er - Article : R4311-5

INDICATION

Tout patient nécessitant une aide, notamment :

- patient atteint de lésions médullaires, d'hémiplégie d'origine vasculaire ou neurologique,
- patient amputé de membres inférieurs ou supérieur, patient polyhandicapé,
- patient polytraumatisé présentant une fracture instable, ou un traction ou un plâtre ou un fixateur externe, …

OBJECTIFS

- Assurer le confort et la sécurité du patient,
- prévenir l'apparition d'escarres, d'attitudes vicieuses, de chutes,
- prévenir l'apparition des complications liées à l'alitement prolongé(stase veineuse, atélectasie et infections pulmonaires…),
- rechercher une position antalgique, favoriser l'autonomie du patient.

PRÉREQUIS

- Connaissance du handicap et de ses conséquences à court, moyen et long terme,
- connaissance de l'anatomie et de la physiologie de l'appareil locomoteur et neurologique,
- connaissance des critères d'utilisation du matériel nécessaire.

MATÉRIEL

Le matériel est choisi en fonction de la pathologie, du type d'intervention et de l'objectif de l'installation :

- oreillers, traversins, potence, orthèses, matelas spécifiques, cerceaux, corsets, fauteuil, fauteuil roulant….

CONSIGNES GENERALES D'INSTALLATION

Il faut respecter l'alignement et les courbures normales du corps dans les différentes positions :

- alignement dans un même axe de la tête, du cou et du rachis, soutien la tête, la nuque, les mollets,
- positionnement des membres inférieurs sans torsion du bassin et des hanches,
- flexion légère et soutien au moyen d'un coussin les membres inférieurs pour éviter l'hyper extension de la rotule,
- maintien des pieds dans l'axe des jambes et en angle droit pour éviter l'équinisme,
- maintien (au moyen de coussins ou draps roulés)des jambes en position neutre en les calant pour éviter les rotations internes ou externes et installation à portée de main du système d'appel.



Membres inférieurs
à l 'aplomb des hanches

Pieds en angle droit   Axe Tête - cou - rachis

PRECAUTIONS GENERALES AVANT LA MISE EN ŒUVRE DU SOIN

- Prendre connaissance **des indications et des contre-indications médicales à la mobilisation.**
- Evaluer l'état du patient :
  - capacités à effectuer les changements de position,
  - capacités de résistance à l'effort,
  - douleur.
- Evaluer et préparer le matériel et le nombre de personnes nécessaires.
- Informer le patient du déroulement et des objectifs du soin.
- S'assurer que le patient n'ait pas besoin d'uriner ou de déféquer avant la mobilisation ou l'installation.
- Vérifier que le lit et/ou le fauteuil ont les roues bloquées et positionner le matériel de façon ergonomique.
- Appliquer les règles générales de conformité du soin et de la réfection du lit.

LES DIFFERENTES POSITIONS DU PATIENT ALITE

 **DECUBITUS DORSAL**

♦ **STRICT**

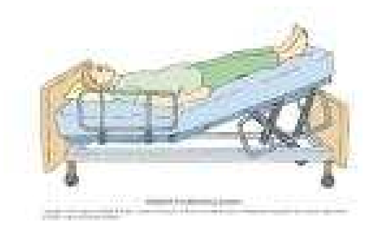


Contre-indication
Patient insuffisant respiratoire, cardiaque, comateux ou avec un réflexe de déglutition aboli.

♦ **PROCLIVE 30°**



♦ **DECLIVE OU TRENDELENBURG**



♦ **POSITION ASSISE OU DEMI-ASSISE**

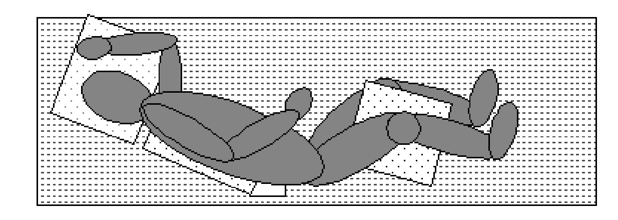


Consignes

- **Inclinaison du dossier à adapter au patient.**
- **Petit coussin cervical & Respect de la lordose lombaire.**
- **Coussin sous les cuisses :évite le glissement en avant.**
- **Coussin sous la plante des pieds.**
- **La position assise au lit à 90° ne doit pas excéder 30 minutes; au delà, installer en position demi-assise.**

Contre-indication
Patient présentant:
une fracture du rachis
un état de conscience altéré.

DECUBITUS LATERAL DROIT ET GAUCHE



Consignes

- **Maintien de la tête dans le plan du corps.**
- **Croisement des jambes séparées par un large coussin.**
- **Calage de la position par un coussin postérieur.**

DECUBITUS SEMI-LATERAL OU POSITION TROIS-QUART



- **Pas de torsion de la colonne vertébrale : thorax dans l'axe du bassin.**
- **Soulever le bassin lors de chaque changement de position.**

DECUBITUS VENTRAL



Consignes

- **Absence de coussin épais sous la tête.**
- **Protection des appuis iliaques.**
- **Présence de coussin sous la cheville maintenue en angle droit.**

Contre-indication

Patient insuffisant respiratoire ou cardiaque.

EVALUATION

- Choix de l'installation du patient compatible avec sa maladie et son handicap.
- Disponibilité des aides techniques nécessaires.
- Respect de l'alignement corporel.
- Respect de la fréquence des changements de position.
- Confort du patient.
- Soulagement de la douleur.
- Sécurité pas de chute pas de position vicieuse.
- Maintien de l'intégrité de la peau.
- Autonomie du patient.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiches de soins infirmiers : Pascal Hallouët/Jérôme Eggers - Edition septembre 2004 Masson.
- Site internet www.escarre.fr

CONFECTION D'UN LIT NON OCCUPE

DÉFINITION

Habillage d'un matelas avec du linge propre, par l'équipe soignante le plus souvent, pour assurer confort et hygiène au patient.

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004 – Code de la santé publique

- Titre du texte : Profession d'infirmier ou d'infirmière
- Chapitre : 1er - Article : R4311-5

INDICATION

- Préparation de la chambre pour l'admission d'un patient.

OBJECTIF

- Assurer l'hygiène, le confort et le bien être du patient admis.

PRÉREQUIS

- Introduction à l'hygiène et lavage simple des mains.

MATÉRIEL

- 2 draps, couverture(s) si nécessaire, alèse (drap sup.), dessus de lit, oreiller, traversin,
- taie d'oreiller (drap supplémentaire), taie de traversin (drap supplémentaire).

DÉROULEMENT DU SOIN

- Vérifier la propreté du matelas et du lit. Placer une chaise au pied du lit : déposer l'oreiller, le traversin, puis le linge dans l'ordre inverse d'utilisation (taie, dessus de lit, couverture, drap de dessus, alèse, drap de dessous).
- Poser le drap de dessous en l'équilibrant, enrouler le traversin puis border en commençant par les pieds. Faire les coins du bas du lit. Poser l'alèse en glissant les bords supérieurs sous le traversin. Border le tout.
- Poser le drap de dessus, la couverture et le dessus de lit puis border le tout, au bas du lit et faire les coins. Faire le revers avec le drap de dessus. Mettre l'oreiller dans la taie et le placer sur le lit.

EVALUATION

- Sécurité : le lit comporte le frein et il est au niveau le plus bas. Les draps ne comportent pas de plis.
- Efficacité : les draps et les couvertures sont bordés, aux pieds, suffisamment. Le lit a un aspect soigné. L'infirmière se coordonne avec l'aide.
- Economie : 10 à 15 minutes.
- Ergonomie : rehausser le lit, utiliser la force des membres inférieurs, rechercher les points d'appuis contre le lit, soulever le matelas avants bras à plat avec verrouillage lombaire, se mettre le plus près possible de la charge, éviter les gestes et pas inutiles.
- Confort : le nombre de couvertures est adapté aux besoins du patient, le drap de dessus et les couvertures doivent recouvrir les épaules.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiches de soins infirmiers – MASSON – Paris - Année 2004.

REFECTION D'UN LIT NON OCCUPE

DÉFINITION

Nettoyage de la literie et habillage du matelas avec du linge, par l'équipe soignante, pour assurer confort et hygiène au patient, tous les matins lors de la toilette et dans la journée lors des changes si besoin.

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004 – Code de la santé publique

- Titre du texte : Profession d'infirmier ou d'infirmière
- Chapitre : 1er - Article : R4311-5

INDICATIONS

- Entretien quotidien ou literie souillée.

OBJECTIFS

- Assurer l'hygiène, le confort et le bien être du patient admis.
- Maintenir une peau propre et saine, prévenir l'apparition d'escarres.

PRÉREQUIS

- Introduction à l'hygiène, lavage simple des mains, confection d'un lit non occupé.

MATÉRIEL

- 2 draps, couverture(s) si nécessaire, alèse (drap supplémentaire), dessus de lit, oreiller, traversin,
- taie d'oreiller (drap supplémentaire), taie de traversin (drap supplémentaire),
- gants non stériles, chiffonnettes, désinfectant de surface, solution hydroalcoolique pour antisepsie rapide des mains.

DÉROULEMENT DU SOIN

- Placer une chaise au pied du lit. Déposer les coussins.
- Déborder le lit du patient puis replier dessus de lit, couvertures et draps en trois parties : rabattre le tiers inférieur sur le tiers central puis rabattre le tiers supérieur. Rabattre le coté droit, puis le coté gauche et déposer le tout sur la chaise. Désinfecter le matelas et procéder à la réfection du lit : cf. confection d'un lit non occupé. Déposer les draps souillés dans le sac approprié.

EVALUATION

- Sécurité : le lit comporte le frein. Les draps ne comportent pas de plis.
- Efficacité : les draps et les couvertures sont bordés, aux pieds. Le lit a un aspect soigné. L'infirmière se coordonne avec l'aide. Les draps sales n'entrent pas en contact avec les draps propres et ne sont pas agités. Ils ne doivent pas être déposés sur le sol, ni tenu contre le soignant.
- Economie : 10 à 15 minutes.
- Ergonomie : rehausser le lit, utiliser la force des membres inférieurs, rechercher les points d'appuis contre le lit, soulever le matelas avants bras à plat avec verrouillage lombaire, se mettre le plus près possible de la charge, éviter les gestes et pas inutiles.
- Confort : le nombre de couvertures est adapté aux besoins du patient, le drap de dessus et les couvertures doivent recouvrir les épaules. La communication est efficiente avec prise en compte des besoins du patient.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiches de soins infirmiers – MASSON – Paris - Année 2004.

REFECTION D'UN LIT OCCUPE

DÉFINITION

Nettoyage de la literie et habillage du matelas avec du linge, par l'équipe soignante, pour assurer confort et hygiène au patient alité, tous les matins lors de la toilette et dans la journée lors des changes si besoin.

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004 – Code de la santé publique

- Titre du texte : Profession d'infirmier ou d'infirmière
- Article : R4311-5
- Chapitre : 1er

INDICATIONS

- Interdiction de levé sur prescription médicale.
- Etat du patient altéré.

OBJECTIFS

- Assurer l'hygiène, le confort et le bien être du patient admis.
- Maintenir une peau propre et saine, prévenir l'apparition d'escarres.
- Relever les détails susceptibles d'étayer le diagnostic d'une maladie et/ou repérer les attitudes vicieuses.

PRÉREQUIS

- Introduction à l'hygiène, lavage simple des mains.
- Confection d'un lit non occupé.

MATÉRIEL

- 2 draps, couverture(s) si nécessaire, alèse (drap supplémentaire), dessus de lit,
- oreiller, traversin,
- taie d'oreiller (drap supplémentaire), taie de traversin (drap supplémentaire),
- gants non stériles, chiffonnettes, désinfectant de surface, solution hydroalcoolique pour antisepsie rapide des mains..

DÉROULEMENT DU SOIN

- Placer une chaise au pied du lit et y déposer un drap propre roulé (de moitié dans le sens de la longueur) ou plié en accordéon.
- Déborder le lit du patient puis replier dessus de lit, couvertures et draps sur le patient.
- Retirer l'oreiller en fonction de l'état du patient puis le tourner sur le coté, l'aide assurant sa sécurité.
- Rouler l'alèse et le drap de dessous vers le patient puis nettoyer la housse du matelas.
- Dérouler le drap de dessous et l'alèse vers le patient, envelopper le traversin puis border.
- Tourner le patient de l'autre coté et procéder de façon identique.
- Réinstaller le patient à plat, remettre l'oreiller après avoir changé la taie si besoin.
- Poser le drap de dessus, la couverture et le dessus de lit puis border le tout, au bas du lit et faire les coins. Faire le revers avec le drap de dessus.

EVALUATION

- Sécurité : le lit comporte le frein et la sécurité du patient est assurée par l'aide. Les draps ne comportent pas de plis.
- Efficacité : les draps et les couvertures sont bordés, aux pieds, suffisamment. Le lit a un aspect soigné. L'infirmière se coordonne avec l'aide. Les draps sales n'entrent pas en contact avec les draps propres et ne sont pas agités. Ils ne doivent pas être déposés sur le sol, ni tenu contre le soignant. Le soin doit être opportum à l'état de santé du patient.
- Economie : 10 à 15 minutes.
- Ergonomie : rehausser le lit, utiliser la force des membres inférieurs, rechercher les points d'appuis contre le lit, soulever le matelas avants bras à plat avec verrouillage lombaire, se mettre le plus près possible de la charge, éviter les gestes et pas inutiles.
- Confort : le nombre de couvertures est adapté aux besoins du patient, le drap de dessus et les couvertures doivent recouvrir les épaules. Le patient est installé confortablement tout au long du soin. La pudeur du patient est respectée. La communication est efficiente avec prise en compte des besoins du patient.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiches de soins infirmiers – MASSON – Paris - Année 2004.

LA TOILETTE CORPORELLE

REGLES DE BASE

DÉFINITION

La toilette est un soin infirmier de confort, de bien être physique et psychologique, de maintien de l'autonomie. C'est un soin personnalisé faisant appel à quatre techniques différentes selon la situation du patient : toilette au lit, au lavabo, à la douche, en chariot douche.

- La toilette peut être réalisée par un infirmier, un aide soignant ou un auxiliaire de puériculture.
- Ce soin permet d'assurer l'hygiène corporelle et de prendre soin du corps dans son ensemble.

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004 – Code de la santé publique

- Titre du texte : Profession d'infirmier ou d'infirmière
- Chapitre : 1er
- Article : R 43.11-1, R 4311-2, R4311-3, R4311-4.

INDICATIONS

- Perte d'autonomie physique et / ou psychique partielle ou complète.

OBJECTIFS

- Maintenir chez le patient une peau propre et saine.
- Assurer bien être et confort.
- Développer les capacités de communication de la personne.
- Prévenir l'apparition de dégradations corporelles.
- Dépister les complications liées à une pathologie et / ou à l'alitement.
- Restaurer une image de soi positive chez la personne.
- Développer l'autonomie physique et psychique des personnes.
- Réhabiliter le schéma corporel.
- Accompagner et rassurer la personne en fin de vie.

PRÉREQUIS

- Notions de base en hygiène.
- Anatomie de l'appareil génital externe masculin et féminin.
- Notion d'autonomie.
- Notions de communication verbale et non verbale.

REMARQUES GENERALES

- Commencer par la toilette génito-anale si la personne est souillée.
- Ordre des parties du corps à laver : modulable selon la personne.
- Respecter les habitudes et la pudeur de la personne.
- Etablir une communication efficace pendant le soin.
- Ne pas faire de gestes à la place de la personne.
- Veiller à un rinçage et un séchage efficace.
- Assurer la sécurité du patient.
- Mettre en place les techniques d'ergonomie de la manutention des patients alités.

EVALUATION POUR TOUT TYPE DE TOILETTE

- Acceptation du soin par le patient.
- Participation au soin adaptée aux capacités de la personne.
- Relation de qualité établie avec la personne et maintenue pendant le soin.
- Hygiène corporelle effective ; technique respectée.
- Sécurité et confort de la personne assurés.
- Bien être et satisfaction de la personne, sentiment de confiance.
- Utilisation des techniques d'ergonomie matérielles, physiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiches de soins infirmiers : Pascal Hallouët/Jérôme Eggers - Edition septembre 2004 Masson.
- Documentation de formation : « La toilette du malade - Quelles évolutions ? » Communication et Etudes corporelles - Yves Gineste et Rosette Marescotti.
- Aide à la toilette au lavabo – Magazine l'Aide Soignante – N° 51-52 – Novembre et décembre 2003 – P41 – 42.

1 - TOILETTE AU LIT

DÉFINITION

Technique de toilette séquentielle à l'eau non coulante réalisée au lit d'une personne. Elle permet d'effectuer ou d'aider à effectuer les soins d'hygiène d'une personne dans l'incapacité de se lever.

MATÉRIEL

- Pour la réalisation du soin (sur un chariot décontaminé)
  - savon doux,
  - cuvette remplie d'eau à température adaptée à la personne,
  - serviettes et gants de toilette,
  - un tablier à usage unique,
  - gants à usage unique,
  - lingettes à usage unique,
  - bouteille en plastique emplie d'eau à température adaptée à la personne,
  - bassin sauf contre indication,
  - matériel pour la prévention d'escarres,
  - nécessaire pour l'hygiène buccale,
  - nécessaire pour la coiffure,
  - nécessaire de rasage.

- Pour le patient
  - Nécessaire au change,
  - eau de toilette,
  - vêtements de rechange,
  - nécessaire pour la réfection de lit,
  - paravent si besoin.

- Matériel spécifique
  - Couche et protection de lit si C.I. au bassin.

- Pour la gestion des déchets
  - Haricot,
  - sac poubelle,
  - sac à linge sale.

DÉROULEMENT DU SOIN

- Préparation du patient :
  - Planifier le soin en fonction de l'état du patient de l'organisation du service.
  - Prévenir la personne du soin, expliquer si besoin.
  - Demander à la personne si besoin d'uriner ou d'aller à la selle avant la toilette.

Technique :

- Lavage des mains simple.
- Enlever le couvre lit et la couverture.
- Enlever oreiller et monter la partie supérieure du lit.
- Déshabiller partiellement la personne et maintenir drap sur le torse.
- Utiliser le gant de toilette pour le haut du corps.
- Laver le visage, les yeux puis rincer, sécher.
- Savonner le cou, les oreilles puis rincer, sécher.
- Découvrir les membres supérieurs.
- Savonner les membres supérieurs l'un après l'autre, rincer, sécher.
- Renouveler eau de rinçage si besoin.
- Découvrir le torse puis savonner, rincer, sécher.
- Recouvrir le haut du corps avec une serviette ou un drap propre et sec.
- Renouveler eau de rinçage.
- Découvrir les membres inférieurs.
- Enlever bas de pyjama et maintenir le drap au niveau des organes génitaux.
- Utiliser le gant de toilette pour le bas du corps.
- Savonner, rincer et sécher les membres inférieurs.
- Renouveler eau de rinçage.
- Mettre les gants à usage unique.
- Découvrir les organes génitaux.
- Déborder le drap et l'alèse ; les replier sous les fesses.
- Installer la personne sur le bassin sauf C.I.
- Avec des lingettes ou gant de toilette à usage unique, savonner l'intérieur des cuisses et le pubis.
- Rincer le pubis et la face interne des cuisses.

Femme :

- Savonner la vulve de haut en bas jusqu'à la zone anale.
- Rincer de haut en bas avec la bouteille d'eau.

Homme :

- Décalotter le gland et savonner la verge et le scrotum jusqu'à la zone anale.
- Rincer avec bouteille d'eau. Re-calotter le gland.

Puis :

- Sécher, retirer le bassin.
- Installer la personne en décubitus latéral.
- Savonner, rincer et sécher les fesses et le pli inter fessier puis retirer les gants à usage unique.
- Renouveler eau de rinçage.
- Utiliser le gant de toilette du haut du patient pour savonner, rincer et sécher le dos.
- Effectuer la prévention d'escarres au niveau des points d'appui.
- Habiller la personne soignée.
- Refaire le lit.
- Procéder au soin de bouche.
- Procéder aux soins esthétiques.
- Réinstaller la personne.
- Réaménager l'environnement du patient. (sonnette, tablette , barrières).
- Nettoyer et ranger le matériel.

2 - TOILETTE EN CHARIOT DOUCHE

DÉFINITION

Technique de toilette continue à l'eau coulante réalisée sur un chariot équipé d'un système d'évacuation d'eau. Permet d'effectuer les soins d'hygiène d'une personne dans l'incapacité de se lever

MATÉRIEL

- Un chariot douche conforme aux normes de sécurité, utilisable en salle de bains adaptée.
- Nécessaire pour la toilette et 1 drap supplémentaire.

DÉROULEMENT DU SOIN

- Préparation du matériel
  - Vérifier l'état du chariot douche : freins de sécurité, barrières, nettoyage et décontamination selon protocole CLIN.
  - Vérifier circuit de l'eau et température de l'eau.
  - Vérifier température de la pièce.
  - Réunir les affaires de toilette dans la salle de bains.

- Préparation du patient
  - Prévenir le patient, lui expliquer le soin, rassurer.
  - Transférer le patient de son lit sur le chariot, à l'aide de son drap ou d'un tapis de transfert.
  - Couvrir le patient pour le transport jusqu'en salle de bains.

- Technique
  - Découvrir le patient.
  - Déshabiller le patient en maintenant le drap de transfert sous lui.
  - Régler la température de l'eau.
  - Placer la douchette dans un gant pour éviter les éclaboussures.
  - Mouiller entièrement le patient.
  - Savonner les différentes parties du corps.
  - Laver les cheveux si besoin.
  - Rincer avec la douchette chaque partie du corps au fur et à mesure.
  - Sécher rigoureusement chaque partie lavée.
  - Retirer le drap de transfert.
  - Sécher le matelas du chariot.
  - Placer un nouveau drap de transfert propre et sec sous le patient afin de le mettre sur un plan propre et sec.

3 - TOILETTE AU LAVABO

DÉFINITION
Technique de toilette séquentielle, permettant à une personne plus ou moins valide d'effectuer partiellement ou totalement ses soins d'hygiène.

MATÉRIEL
- Nécessaire pour la toilette, tapis de sécurité (drap), une chaise recouverte d'un drap.
- Potence roulante si patient perfusé et bouteille à O2 si besoin.

DÉROULEMENT DU SOIN
- Préparation du matériel
  - Installer la chaise dans la salle de bain ainsi que le tapis de sécurité.
  - Réunir le matériel nécessaire à portée de main du patient.

- Préparation du patient
  - Prévenir le patient, puis le conduire à la salle de bain.

- Technique
  - Déshabiller le patient partie par partie.
  - Le patient effectue sa toilette suivant ses possibilités.
  - Répondre à ses besoins et le guider dans ses gestes.
  - Veiller à ce que la porte de la salle de bain soit fermée.
  - Evaluer l'état du patient tout au long du soin.

4 - TOILETTE A LA DOUCHE

DEFINITION
Technique de toilette continue à l'eau coulante réalisée dans un local permettant de délivrer un jet d'eau sur l'ensemble du corps. Permet à une personne valide d'effectuer ses soins d'hygiène rapidement et efficacement et à une personne semi valide de développer ses capacités de se mouvoir.

MATERIEL
- Poignées de sécurité murales, avec ou sans chaise de douche.

5 - TOILETTE ET BAIN DU NOURRISSON

DEFINITION
Technique de toilette permettant de maintenir un peau propre, d'observer toute anomalie et de procurer une détente agréable à l'enfant.

REGLES DE SECURITE

L'infirmier respecte les règles de sécurité et de confort de l'enfant :
- S'assure des dates de péremption des produits utilisés.
- Vérifie et assure la désinfection du matériel avant et après la toilette.
- Contrôle la température avant toute action (de la chambre et de l'eau)
- Ne laisse jamais le nourrisson seul : sur la table à langer, dans le bain.
- Remonte les barrières du lit après le soin.

MATERIEL

- Bassine ou baignoire selon l'âge de l'enfant
- Savon de Marseille ou savon à Ph neutre
- Serviette de toilette ou drap de bain
- Papiers jetables
- Pour les soins de yeux : coton ou compresses, sérum physiologique de préférence en unidose
- Une brosse souple pour le cuir chevelu
- Une paire de ciseau pour ongle bébé
- Les vêtements de l'enfant et couche adaptée à l'âge
- Une balance si pesée nécessaire
- Le thermomètre pour vérifier la température corporelle

DÉROULEMENT DU SOIN

- Préparation

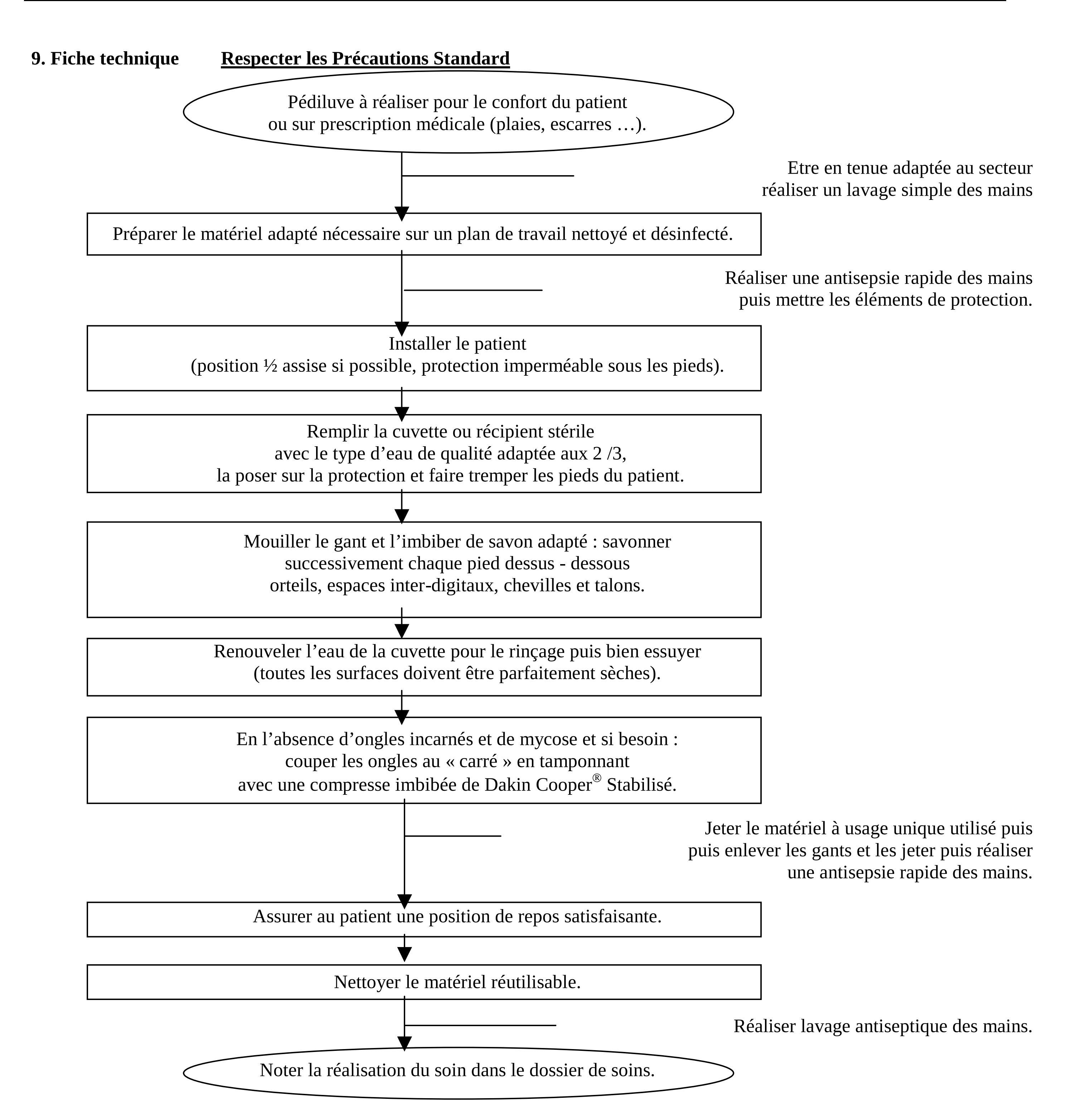
  L'infirmier choisit un matériel adapté à l'enfant :
  - Bassine ou baignoire remplit au ¾ d'eau.
  - Vérifie la température de la pièce (20-22°) et de l'eau à 37°.
  - Plonge le coude pour s'assurer de la bonne température si absence de thermomètre de bain.
  - Place le matelas à langer à proximité, ainsi que le matériel, préparé au préalable.

- Technique
  - L'infirmier explique à la maman le déroulement du soin
  - Enlève les bijoux qui risquent de blesser l'enfant et se lave les mains
  - Installe la serviette sur le coussin de change
  - Déshabille l'enfant, enlève la couche, essuie le siège si nécessaire et lui prend la température.
  - Réalise le soin à « mains nues » pour savonner l'enfant sur le coussin de change ;
    - Tous les gestes sont effectués avec douceur, en parlant à l'enfant
  - Savonne l'enfant dans l'ordre suivant : tête, cou, membres supérieurs, tronc, abdomen, dos, membres inférieurs puis en dernier le siège.
  - Baigne l'enfant :
    - Place sa main gauche derrière sa nuque (tête de l'enfant à sa gauche et pieds à sa droite) et saisit l'épaule droite de l'enfant. Ainsi la tête repose sur l'avant-bras gauche de l'infirmier.
    - La main droite saisit les jambes à hauteur des chevilles. Cette main sert ensuite à rincer les différentes parties du corps de l'enfant dans l'eau.
  - Si l'enfant ne doit pas être baigné, l'infirmier le rince en suivant l'ordre du savonnage
  - Sort l'enfant du bain en le tenant comme pour y rentrer.
  - Le sèche en tapotant soigneusement et en insistant dans les plis (cou, aisselles, plis inguinaux)
  - Vérifie l'état de l'ombilic et réalise un soin selon le protocole en vigueur.
  - Rhabille l'enfant.
  - Nettoie le visage avec du lait de toilette spécifique au bébé.
  - Procède au soin de nez : instille une goutte de sérum physiologique dans chaque narine, puis roule une petite mèche de coton pour les nettoyer : changer à chaque fois et à chaque narine.

- Procède au soin d'oreilles : (l'utilisation de coton tige ordinaire est interdit à l'intérieur du conduit auditif) cependant, il est nécessaire de nettoyer le pavillon de l'oreille et le sillon inter auriculaire avec de l'eau et du savon doux puis essuyer avec la serviette de l'enfant.
- Procède aux soins des yeux : il n'y a pas de méthode particulière. Ne pas utiliser de savon sur le visage qui risque de piquer les yeux et le nez de l'enfant. Les nettoyer avec du sérum physiologique (changer de compresses à chaque fois et chaque œil)
  - Si l'œil coule, commencer par l'oeil le plus propre. Déplacer la compresse du coin le plus propre vers le plus sale
- Après avoir mis l'enfant en sécurité dans le lit ou attaché dans un siège, Range et nettoie le matériel

AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 06. 05. 03.
PÉDILUVE	
Niveau de preuve : 4	
Date de la diffusion : septembre 2004 Version : 01	Rédigée par : IDE CLIN Vérifiée par : E.O.H.H. CLIN Approuvée par : C.L.I.N.

9. Fiche technique **Respecter les Précautions Standard**



10. Grille d'évaluation

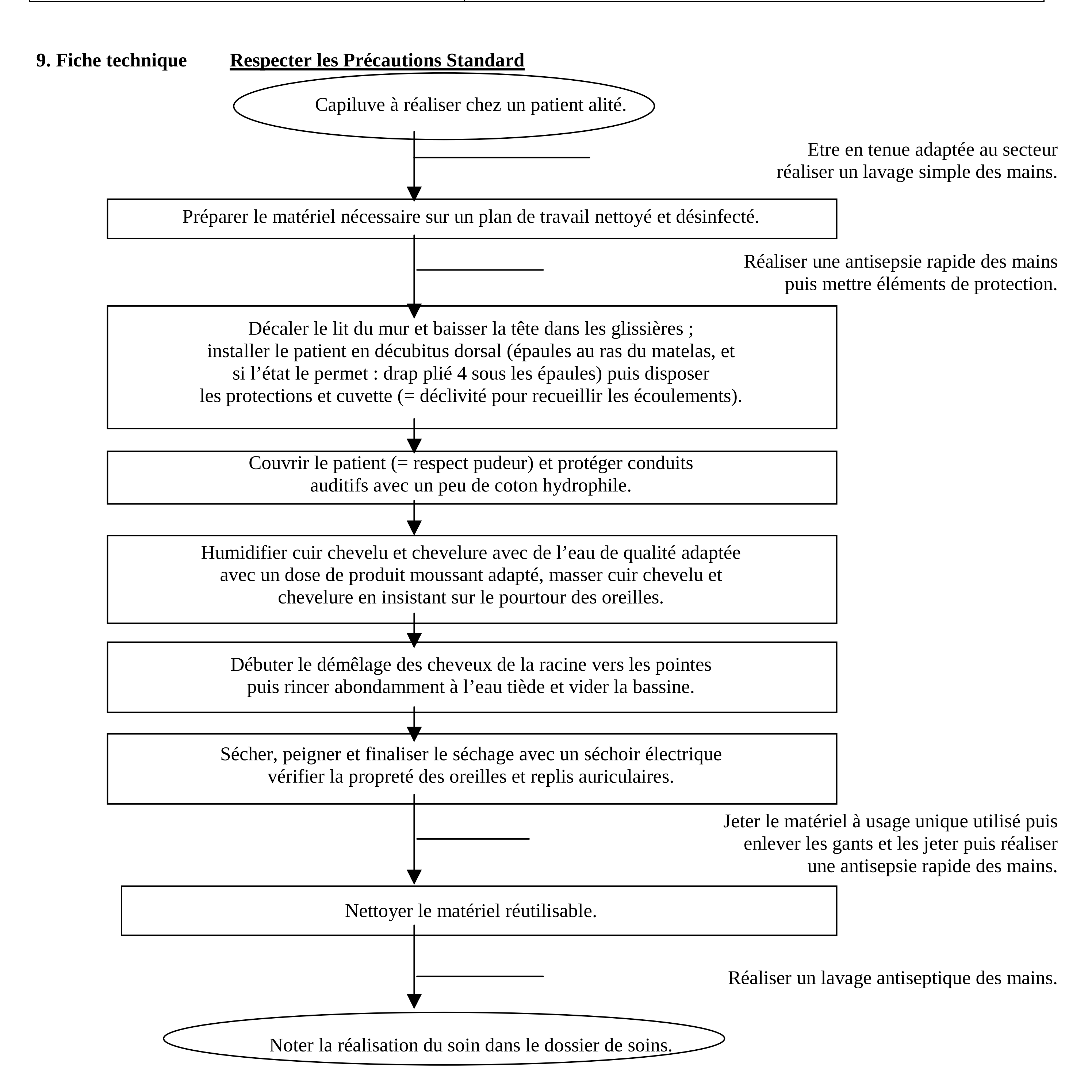
Obs	items	critères		
		oui	**non**	**remarques**
D	tenue de travail adaptée au secteur d'activité			
D	traitements des mains adaptés tout au long du soin			
D	éléments de protection revêtus par le soignant			
D	installation patient en position ½ assise si possible			
D	- confortable pour lui			
D	- ergonomique pour le soignant			
D	protection imperméable mise en place			
D + L	choix adapté récipient, savon et qualité eau (si plaies et/ou escarres, eau stérile embouteillée)			
D	immersion pieds puis nettoyage efficace			
D	- dessus dessous			
D	- orteils			
D	- espaces interdigitaux			
D	- chevilles			
D	- talons			
D	rinçage effectué avec de l'eau de qualité adaptée			
D	séchage attentif réalisé			
D	ongles coupés au « carré »			
D	patient réinstallé			
D	matériel à usage unique éliminé			
D	matériel réutilisable correctement nettoyé			
L	transmissions écrites sur dossier infirmier			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 06. 05. 02.
CAPILUVE A UN MALADE ALITE	
Niveau de preuve : 4	
Date de la diffusion : septembre 2004 Version : 01	Rédigée par : IDE CLIN Vérifiée par : E.O.H.H. CLIN Approuvée par : C.L.I.N.

9. Fiche technique **<u>Respecter les Précautions Standard</u>**



10. Grille d'évaluation

Observation	items	critères		
		oui	non	remarques
D	tenue de travail adaptée au secteur d'activité			
D + L	matériel nécessaire préparé			
D	traitements des mains adaptés tout au long du soin			
D	éléments de protection revêtus par le soignant			
D	installation patient en décubitus dorsal, tête lit ôtée			
D	- confortable pour lui			
D	- ergonomique pour le soignant			
D	patient couvert et protégé (= pudeur)			
D	chevelure humidifiée			
D	nettoyage successif efficace			
D	- cuir chevelu			
D	- cheveux			
D	- pourtour des oreilles			
	- démêlage			
D	rinçage abondant à l'eau			
D	chevelure séchée et peignée			
D	matériel à usage unique éliminé			
D	matériel réutilisable correctement nettoyé			
L	transmissions écrites sur dossier infirmier			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

L’HYGIENE BUCCO DENTAIRE

DEFINITION

L’hygiène de la cavité comporte deux types d’interventions :

- Le brossage des dents qui est réalisé, de préférence après chaque repas, ou 3 fois par jour même si le malade ne s’alimente pas.
- Le soin de bouche :
  - soin d’hygiène et de confort, réservé à des cas bien particuliers : hyperthermie, déshydratation…
  - soin thérapeutique, lors de prescription de produits médicamenteux.

LEGISLATION ET RESPONSABILITE

Décret en vigueur : 29 juillet 2004 – Code de la santé publique

- Titre du texte : Profession d’infirmier ou d’infirmière
- Chapitre : 1er
- Article : R 4311-1, R 4311-2, R 4311-3, R 4311-4,
  article R 4311-5 - 28 : soin de bouche avec application des produits non médicamenteux,
  article R 4311-7 - 25 : soin de bouche avec application de produits médicamenteux et en tant que de besoin, aide instrumentale.

INDICATIONS

- Soins de la cavité buccale avec ou sans prescription de produits médicamenteux (intervention de la sphère ORL, infection, candidose, hyperthermie, déshydratation, altérations buccodentaires liées aux pathologies, aux effets secondaires de certaines thérapeutiques…).
- Patient dans l’incapacité de réaliser ce soin sans aide.

OBJECTIFS

- Maintenir et/ou restaurer l’hygiène bucco-dentaire et le bien être buccal, lorsque la maladie ou le handicap perturbent les caractéristiques physiologiques de la cavité buccale et des muqueuses (lèvres, face interne des joues, palais, langue , gencives, dents ou prothèses dentaires, salive).
- Conserver l’intégrité des capacités fonctionnelles (hydratation de la muqueuse buccale et des lèvres, communication, alimentation), de l’estime de soi, des échanges relationnels.
- Garantir le confort de la personne soignée.
- Prévenir le développement microbien.
- Prévenir ou traiter les altérations bucco-dentaires liées aux pathologies, aux effets secondaires de certaines thérapeutiques.

PREREQUIS

- Connaissance de l’anatomie de la cavité buccale.
- Identification de risque de fausse route aux liquides.
- Identification du degré de conscience et de coopération d’une personne.
- Identification du degré d’autonomie.

MATERIEL

Le matériel est choisi en fonction du niveau

- de coopération,
- de conscience,
- de dépendance de la personne soignée,
- de l’état de la cavité buccale.

DEROULEMENT DU SOIN

- Cf. fiche Règles générales des soins.
- Cf. fiches suivantes.

EVALUATION

- Respect du mode d'emploi du produit utilisé.
- Respect du temps de contact du produit sur les muqueuses.
- Ne pas faire saigner, ne pas faire mal.
- Limitation voire absence d'altération liée aux effets secondaires des thérapeutiques.
- Capacité fonctionnelle récupérée ou conservée.
- Satisfaction du patient en terme de confort, de confiance en soi.

BIBLIOGRAPHIE

- Pascal Hallouet, Jérome Heggers : « Fiches de soins infirmiers », Edition Masson, 2004.
- Laurence Pitard , Marie Odile Rioufol … : « Symptômes et pratiques infirmières, Fiches de soins ».
- Nouveaux cahiers de l'Infirmière, Edition Masson, 2004.

1 – BROSSAGE DE DENTS

MATERIEL

- Serviette de protection,
- brosse à dents,
- dentifrice,
- verre d'eau,
- récipient pour cracher(haricot).

En cas d'appareil dentaire, prévoir en plus :

- Un nettoyant spécifique,
- Une boite à prothèse étiquetée au nom du patient, pour déposer l'appareil.

DEROULEMENT DU SOIN

- Demander au patient de décrire ses habitudes d'hygiène bucco-dentaire.
- L'installer en position demi assise ou selon son état de conscience en décubitus dorsal avec la tête sur le côté ou en PLS.
- Brosser les dents avec la brosse recouverte de dentifrice devant, sur les côtés, pendant 2 à 3 minutes.
- Faire rincer la bouche, plusieurs fois à l'eau claire : maintenir le haricot sous le menton, pour que la personne puisse cracher, essuyer le tour de la bouche.

Si le patient est porteur d'appareil dentaire :

- Demander au patient d'enlever ses prothèses dentaires, s'il n'y parvient pas lui enlever en commençant par celui du haut, les rincer à l'eau courante, les déposer dans la boite à prothèse remplie d'une solution nettoyante pour appareil dentaire, les laisser le temps du soin.
- Les brosser avec la brosse à dents et le dentifrice, les rincer.
- Les redonner au patient après lui avoir fait un soin de bouche.
- Veiller à ne pas faire tomber l'appareil dentaire, fragile, il peut se détériorer, et difficile à remplacer car il est d'un prix élevé.
- Veiller à ne pas le perdre, identifier le récipient, pas mettre dans un papier ou un récipient risquant d'être jeter par mégarde.
- Transcrire que le soin est accompli, et noter l'état de la cavité buccale : présence de dépôts blanchâtres, de saignements, de douleur localisée.

2 - SOIN DE BOUCHE

MATERIEL

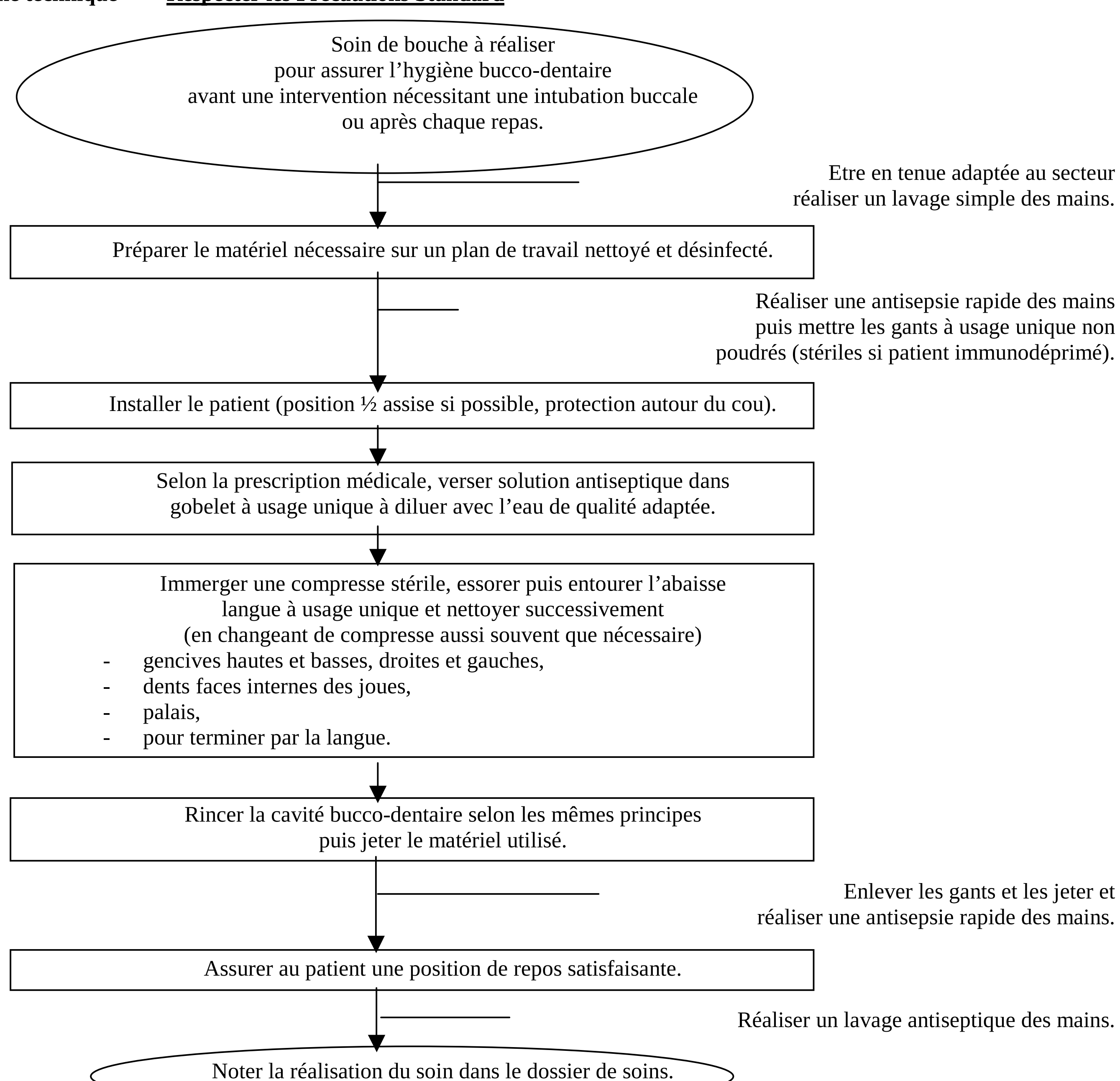
- Un plateau,
- compresses,
- abaisse-langue en bois ou pince de Kocher,
- la solution, selon protocole du service, ou prescription,
- gants à usage unique,
- lubrifiant pour les lèvres,
- haricot à usage unique.

DEROULEMENT DU SOIN

- Informer le patient du soin et le faire participer.
- Installer la personne en position demi assise, ou bien relevée avec des coussins.
- Le patient inconscient est installé en décubitus dorsal, la tête sur le côté ou PLS.
- Après lavage des mains, préparer les tampons c'est à dire déplier la compresse et l'enrouler serrée autour de l'abaisse-langue.
- Imbiber le tampon de solution.
- Eliminer le surplus de liquide en pressant le tampon sur le bord du verre.
- Nettoyer la cavité buccale :palais, gencives, face interne des joues, langue et lèvres.
- Répéter plusieurs fois l'opération, en changeant de tampons.
- Pratiquer le soin en maintenant avec le pouce l'extrémité de la compresse, ce qui permettra de dérouler pour la jeter, sans toucher la partie sale.
- Faire rincer la bouche avec la fin de solution, excepté pour le patient qui a perdu ses réflexes de déglutition.
- Essuyer la bouche et réinstaller le patient.
- Informer et éduquer le patient sur l'utilité du soin de bouche régulier, sur la technique du soin, sur l'action du produit que l'on utilise.
- Transcrire que le soin est accompli, et noter l'état de la cavité buccale : présence de dépôts blanchâtre, de saignements, de douleur localisée.

AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 06. 05. 01.
SOIN DE BOUCHE	
Niveau de preuve : 4	
Date de la diffusion : septembre 2004 Version : 01	Rédigée par : IDE CLIN Vérifiée par : E.O.H.H. CLIN Approuvée par : C.L.I.N.

9. Fiche technique **Respecter les Précautions Standard**



10. Grille d’évaluation

Observation	items	critères		
		oui	non	remarques
D	tenue de travail adaptée au secteur d’activité			
D	installation patient en position ½ assise si possible			
D	- confortable pour lui			
D	- ergonomique pour le soignant			
D	traitements des mains adaptés tout au long du soin			
D	port des gants adaptés par le soignant			
	solution buccale diluée avec de l’eau			
D + L	- du réseau			
D + L	- stérile embouteillée si patient immunodéprimé			
D	abaisse langue correctement entouré par compresse			
	nettoyage successif efficace			
D	- gencives hautes et basses, droites et gauches			
D	- dents faces internes des joues			
D	- palais			
D	- langue			
D	rinçage à l’eau de qualité adaptée			
D	patient réinstallé			
D	matériel à usage unique évacué en poubelle			
L	transmissions écrites sur dossier infirmier			

Référentiel grille d’évaluation

Observation des items D = source d’observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c’est fait et bien fait, non : ce n’est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

LA DIURESE

DÉFINITION
Mesure de la quantité d'urine émise sur 24H ; ce résultat fait partie des pertes liquidiennes et est utilisé pour calculer le bilan entrée/sortie liquidien.

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ
Décret en vigueur : 29 juillet 2004
- Titre 1er
- Article R.4611-5 - Alinéa 19

INDICATIONS
- Surveillance d'un patient en réanimation,
- insuffisance rénale ou cardiaque,
- post-opératoire,
- déshydratation ou rétention d'eau, …

OBJECTIFS
- Surveiller l'évolution d'une pathologie et/ou les effets d'un traitement.
- Evaluer l'état général d'une personne.
- Prévenir et/ou dépister une complication.

PRÉREQUIS
- Connaissance de l'indication de la surveillance de la diurèse.

MATÉRIEL
- Un bocal à urine.
- Des gants non stériles.

DÉROULEMENT DU SOIN
- Prévenir le patient qu'il doit conserver ses urines sur 24 heures.
- Le bocal est vidé et lavé en vue de la diurèse de la journée.
- La personne doit uriner dans le bocal, sur le bassin, ou dans le pistolet.
- La diurèse s'effectue sur 24H, toujours à la même heure le matin.
- Noter les résultats.

EVALUATION
- Respect des consignes et de la technique.
- Exactitude du résultat obtenu.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiche de soins infirmiers – Pascal HALLOUET / Jérôme EGGERS.
- Edition MASSON – Année 2004.

L'EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

DÉFINITION

Examen réalisé sur un prélèvement aseptique des urines en vue d'une analyse cytologique et bactériologique.

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004 – Code de la santé publique

- Profession d'infirmier ou d'infirmière
- Chapitre : 1er - Article : R4311-7

INDICATIONS

- Hyperthermie, diagnostic, brûlures mictionnelles, …

OBJECTIFS

- Déceler une infection urinaire.

PRÉREQUIS

- Diurèse.

MATÉRIEL

- Pot stérile pour le recueil d'urines, dispositif de prélèvement type Vacutainer®,
- Dispositif de transport,
- nécessaire pour lavage antiseptique des mains, matériel pour toilette périnéale simple.

DÉROULEMENT DU SOIN

Patient non sondé :

- Procéder à une toilette rigoureuse de la région urogénitale,
- procéder à l'antisepsie du méat urinaire,
- faire éliminer le 1ier jet d'urine,
- recueillir l'urine dans le pot stérile,
- remplir le tube de transport grâce au système vacutainer®,
- étiqueter le tube,
- effectuer les transmissions écrites.

Patient sondé (sondage clos) :

- Procéder à un lavage antiseptique des mains,
- clamper la sonde en dessous du site de prélèvement,
- désinfecter le site de prélèvement et ponctionner le site grâce au système Vacutainer®,
- recueillir l'urine de façon aseptique dans tube stérile,
- étiqueter le tube,
- effectuer les transmissions écrites.

EVALUATION

- Respect des consignes et de la technique.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiche de soins infirmiers – Pascal HALLOUET / Jérôme EGGERS - Edition MASSON – Année 2004.

AP-HM / CLIN	P.E. : 04.08.01.04.
UROCULTURE PAR SONDAGE CHEZ L'HOMME	
Niveau de preuve : 2	
Date de la diffusion : Juin 1999 Version : 02	Rédigée par : IDE CLIN Vérifiée par : E.O.H.H. CLIN Approuvée par : C.L.I.N.

9. Fiche technique

Objectif : réaliser un prélèvement d'urines aseptiquement par sondage chez l'homme pour des recherches bactériologiques.

Quand ? Sur prescription médicale (urines dans la vessie au moins 3 heures).

Qui ? Sages-Femmes, IDE et IDE spécialisées, MERM.

Matériel :
- un tablier et une paire de gants non stériles à usage unique,
- compresses propres, et compresses stériles.
- solution antiseptique moussante et dermique gamme iodée **ou** savon liquide et Dakin Stabilisé Cooper®.
- flacon d'eau stérile versable tiédie, dans son emballage d'origine,
- une sonde urinaire courte stérile, type Nelaton, de calibre adapté,
- une paire de gants stériles.
- un bassin propre (nettoyé-désinfecté).
- protection de lit à usage unique imperméable.
- pot stérile et système de transfert.

Technique :
- Après une antisepsie rapide des mains, préparer le matériel nécessaire sur un chariot ou un plateau de soins propre (nettoyé-désinfecté).
- Réaliser un lavage antiseptique des mains.
- Installer la protection de lit et le patient sur le bassin le plus confortablement pour lui.
- Après une antisepsie rapide des mains, mettre tablier et gants non stériles à usage unique.
- Réaliser la petite toilette des organes génitaux, toujours de haut en bas.
- Avant de retirer le bassin, disposer une compresse imbibée de solution antiseptique dermique sur le méat urinaire.
- Redisposer le bassin vidé et rincé sous le patient.
- Réaliser une antisepsie rapide des mains après avoir ôté et jeté le tablier et les gants.
- Préparer le matériel aseptiquement - ouverture des emballages sans faute d'asepsie.
- Mettre les gants stériles.
- Réaliser l'antisepsie du méat avec des compresses stériles imbibées de solution antiseptique dermique.
- En maintenant la verge décalottée au zénith avec des compresses imbibées de solution antiseptique, introduire la sonde lubrifiée sans forcer, puis en inclinant la verge vers les pieds (pour franchir le sphincter strié) pénétrer dans la vessie.
- Recueillir le 2ème jet d'urines dans le pot stérile.
- Enlever le bassin et réinstaller confortablement le patient.
- Transférer les urines dans le tube de transport.
- Enlever les gants, puis étiqueter le prélèvement.
- Procéder au nettoyage-désinfection et rangement, ou évacuation du matériel utilisé.
- Réaliser un lavage antiseptique des mains.
- Envoyer le prélèvement et le bon de demande d'examen au Laboratoire.
- Faire les transmissions écrites concernant ce soin sur le dossier du patient.

10. Grille d'évaluation

Obs	items	OUI	NON	non adapté
D	Tenue vestimentaire correcte			
D	Antisepsie rapide des mains			
D	Support de travail nettoyé et désinfecté			
D	Lavage antiseptique des mains			
 D D	Installation du patient • confortable pour lui • ergonomique pour l'infirmière			
D	Eléments de protection mis			
 D D	Petite toilette des organes génitaux externes • produits recommandés • technique en fonction du sexe			
D	Antisepsie rapide des mains			
D	Ouverture des emballages sans fautes d'asepsie			
D	Lavage antiseptique des mains			
D	Mise en place gants stériles			
D	Antisepsie du méat réalisée			
D	Cathétérisme urétro-vésical atraumatique			
D	Recueil des urines aseptique			
D	Installation du patient confortable			
D	Nettoyage du matériel avec des gants adaptés dès la fin du soin			
D + L	Identification correcte			
D	Lavage antiseptique des mains			
D + L	Transmissions écrites exploitables			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

Items

- Tenue vestimentaire correcte : port vêtement propre, manches courtes, ongles courts et sans vernis, absence de bijoux aux mains et poignets, cheveux attachés si besoin.
En secteur protégé : port de la tenue spécifique, d'un masque chirurgical et d'une cagoule ou charlotte.
- Lavage des mains quel qu'il soit.
- Petite toilette des organes génitaux externes :
Oui : technique respectée : support humidifié, savonner, rincer, sécher, verge décalottée,
Oui : procédure respectée : toujours de haut en bas et de l'extérieur vers l'intérieur.
- Antisepsie du méat oui : si sens respecté (verge et méat) et ce sans retour sur une zone préalablement traitée.
- Recueil des urines : oui, si non recueil du 1er jet.
si non contamination du bouchon du flacon,
si transfert correct dans le tube de transport.
- Identification correcte : oui, si tube étiqueté au nom da patient et bon correctement rempli (renseignements cliniques et administratifs).
Transmissions écrites exploitables : oui, si tous les éléments concernant le déroulement du soins (explications au patient, à la famille, ..) y figurent.

AP-HM / CLIN	P.E. : 04.08.01.03.
UROCULTURE PAR SONDAGE CHEZ LA FEMME	
Niveau de preuve : 2	
Date de la diffusion : Juin 1999 Version : 02	Rédigée par : IDE CLIN Vérifiée par : E.O.H.H. CLIN Approuvée par : C.L.I.N.

9. Fiche technique

Objectif : réaliser un prélèvement d'urines aseptiquement par sondage chez la femme pour des recherches bactériologiques.

Quand ? Sur prescription médicale (urines dans la vessie au moins 3 heures).

Qui ? Sages-Femmes, IDE et IDE spécialisées, MERM.

Matériel :
- une paire de gants non stériles à usage unique,
- compresses propres, et compresses stériles.
- solution antiseptique moussante et dermique gamme iodée **ou** savon liquide et Dakin Stabilisé Cooper®.
- flacon d'eau stérile versable tiédie, dans son emballage d'origine,
- une sonde urinaire courte stérile, type Nelaton, de calibre adapté,
- une paire de gants stériles.
- un bassin propre (nettoyé-désinfecté).
- protection de lit à usage unique imperméable.
- pot stérile et système de transfert.

Technique :
- Après une antisepsie rapide des mains, préparer le matériel nécessaire sur un chariot ou un plateau de soins propre (nettoyé-désinfecté).
- Réaliser un lavage antiseptique des mains.
- Installer la protection de lit et la patiente sur le bassin le plus confortablement pour elle.
- Après une antisepsie rapide des mains, mettre tablier et gants à usage unique non stériles.
- Réaliser la petite toilette des organes génitaux, toujours de haut en bas.
- Avant de retirer le bassin, disposer une compresse imbibée de solution antiseptique dermique sur le méat urinaire.
- Redisposer le bassin vidé et rincé sous la patiente.
- Réaliser une antisepsie rapide des mains après avoir ôté et jeté les gants.
- Préparer le matériel aseptiquement - ouverture des emballages sans faute d'asepsie.
- Mettre les gants stériles.
- Réaliser l'antisepsie du méat avec des compresses stériles imbibées de solution antiseptique dermique (aseptiser les grandes lèvres, puis en les maintenant écartées, aseptiser les petites lèvres puis le méat urinaire) avant d'introduire la sonde lubrifiée dans la vessie.
- Recueillir le 2ème jet d'urines dans le pot stérile.
- Réinstaller confortablement la patiente.
- Transférer les urines dans le tube de transport.
- Enlever les gants, puis étiqueter le prélèvement.
- Procéder au nettoyage-désinfection et rangement, ou évacuation du matériel utilisé.
- Réaliser un lavage antiseptique des mains.
- Envoyer le prélèvement et le bon de demande d'examen au Laboratoire.
- Faire les transmissions écrites concernant ce soin sur le dossier de la patiente.

10. Grille d'évaluation

Obs	items	OUI	NON	non adapté
D	Tenue vestimentaire correcte			
D	Antisepsie rapide des mains			
D	Support de travail nettoyé et désinfecté			
D	Lavage antiseptique des mains			
	Installation de la patiente			
D	• confortable pour elle			
D	• ergonomique pour l'infirmière			
D	Eléments de protection mis			
	Petite toilette des organes génitaux externes			
D	• produits recommandés			
D	• technique en fonction du sexe			
D	Antisepsie rapide des mains			
D	Ouverture des emballages sans fautes d'asepsie			
D	Lavage antiseptique des mains			
D	Mise en place gants stériles			
D	Antisepsie du méat			
D	Cathétérisme urétro-vésical atraumatique			
D	Recueil des urines aseptique			
D	Installation de la patiente confortable			
D	Nettoyage du matériel avec des gants adaptés dès la fin du soin			
D + L	Identification correcte			
D	Lavage antiseptique des mains			
D + L	Transmissions écrites exploitables			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

Items

- Tenue vestimentaire correcte : port vêtement propre, manches courtes, ongles courts et sans vernis, absence de bijoux aux mains et poignets, cheveux attachés si besoin.
En secteur protégé : port de la tenue spécifique, d'un masque chirurgical et d'une cagoule ou charlotte.
- Lavage des mains quel qu'il soit.
- Petite toilette des organes génitaux externes :
Oui : technique respectée : support humidifié, savonner, rincer, sécher.
Oui : procédure respectée : toujours de haut en bas et de l'extérieur vers l'intérieur.
- Antisepsie du méat :oui, si sens respecté (grandes lèvres, petites lèvres et méat) et ce sans retour sur une zone préalablement traitée.
- Recueil des urines : oui, si non recueil du 1er jet.
si non contamination du bouchon du flacon,
si transfert correct dans le tube de transport.
- Identification correcte : oui, si tube étiqueté au nom da patient et bon correctement rempli (renseignements cliniques et administratifs).
Transmissions écrites exploitables : oui, si tous les éléments concernant le déroulement du soins (explications au patient, à la famille, ..) y figurent.

LA TEMPERATURE

DÉFINITION

C'est la mesure de la température corporelle effectuée avec un thermomètre. Elle exprime le degré de chaleur de l'organisme en degré Celsius dit centigrade.

Valeurs physiologique :
- La température corporelle est comprise entre 36°5 et 37°5

Variations physiologiques :
- Elle augmente légèrement avec l'activité physique, le travail cérébral et la digestion.
- Elle varie en fonction :
    - du rythme nycthéméral,
    - du cycle menstruel,
    - du climat, de la température ambiante,

La température externe du corps est inférieure de 0,5° à la température interne.

Différentes méthodes de mesure de la température corporelle :

- **Avec un thermomètre tympanique :**
    - la **température auriculaire** (utilisée à tous les âges) est contre indiquée après une chirurgie ORL.
- **Avec un thermomètre cutané :**
    - la **température rectale** (la plus fiable) peut être utilisée à tous les âges ; elle est contre indiquée chez les personnes diarrhéiques, chez les personnes porteuses d'hémorroïdes, en postopératoire d'une chirurgie rectale et chez les prématurés,
    - les **températures axillaire** et **inguinale** (utilisées lorsque la température rectale est impossible) sont contre indiquées chez les personnes trop maigres,
    - la **température buccale** est contre indiquée pour les bébés, les enfants, les personnes respirant par la bouche (car se prend bouche fermée), les patients inconscients, confus ou agités et en postopératoire d'une chirurgie maxillo-faciale.
- **Avec un capteur cutané thermique :**
    - la **température frontale**, utilisant un matériel facile d'emploi, incassable et non toxique, est moins précise ; elle s'utilise surtout chez les bébés et les enfants et est contre indiquée dans les brûlures de la face au niveau frontal.

La prise de température est un **soin** qui s'inclut dans la prise des **constantes vitales** d'un patient, au même titre que la prise de **pouls**, de **pression artérielle**, de **fréquence respiratoire** et **d'échelle visuelle analogique.**

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004
- Titre 1er
- Article R.4611-5 - Alinéa 19

INDICATIONS

- **Surveillance systématique au cours d'une hospitalisation** :
    - à tout patient entrant,
    - en pré, per et postopératoire,
    - lors de prescription de surveillance horaire ou toutes les 2 h, toutes les 4h, matin et soir (toujours à la même heure).
- **Surveillance d'un syndrome infectieux :**
    - hyperthermie > ou = 38°5,
    - hypothermie < ou = 36°5,
    - lors de frissons, sueurs, malaise, signes de réaction septique pouvant correspondre au passage de germes dans le sang,
    - lors de convulsions.
- **Surveillance d'un syndrome malin dû aux neuroleptiques.**

OBJECTIFS

- Connaissances de la thermorégulation.
- Connaissances des indications particulières à la surveillance de la température.

PRÉREQUIS

- Analyser les valeurs de constantes vitales pour :
    - surveiller l'évolution d'une pathologie et / ou les effets d'un traitement,
    - évaluer l'état général d'une personne,
    - prévenir et / ou dépister une complication,
    - participer à l'élaboration d'un diagnostic.

MATÉRIEL

- **Pour l'hygiène :**
    - compresses propres et produit désinfectant,
    - le thermomètre cutané doit être propre et désinfecté entre chaque patient et des embouts à usage unique sont utilisés pour le thermomètre tympanique.
- **Pour le soin :**
    - thermomètre cutané, tympanique, capteur autocollant thermique,
    - plateau,
    - haricot,
    - lubrifiant si besoin type Vaseline.

DÉROULEMENT DU SOIN

Température cutanée

- Le patient est au calme, de préférence en position allongée.
- Vérifier que la colonne de Gallium soit descendue dans l'ampoule de l'embout du thermomètre (pour la prise de température buccale, l'embout est plus large et plat).
- Donner le thermomètre au patient avec une compresse, le lui placer si besoin.
- Lui demander de le garder en place une minute.
- Après la prise de température, essuyer le thermomètre avec une compresse.
- Lire la température.
- Déposer la compresse et le thermomètre dans un haricot.
- Noter le résultat sur la feuille de température.

- Nettoyer le thermomètre après chaque usage dans la salle de soins, « coté septique » :
  - ne jamais utiliser d'eau chaude,
  - trempage dans la solution antiseptique pendant 10 minutes au moins,
  - brossage (brosse réservée à cet effet) avec gants non stériles,
  - rinçage,
  - séchage avant de l'immerger dans le flacon d'alcool ou de le ranger dans un étui individuel.

<u>Pour la prise de température rectale</u> où le risque de lésion de la muqueuse anale est présent, le thermomètre est individuel et reste dans la chambre du patient.
<u>Pour les prises de température axillaire ou inguinale</u>, le thermomètre doit être maintenu 5 minutes au creux de l'aisselle ou au pli de l'aine.
<u>Pour la prise de température buccale</u>,le thermomètre est placé sous la langue, légèrement de côté.
<u>Pour la prise de température frontale</u>, le test autocollant est appliqué sur le front, au dessus des sourcils et gardé 15 secondes, temps qui peut différer selon les fabriquants.

A l'exception de la prise de température rectale, toutes les autres méthodes cutanées nécessitent que l'on ajoute 0,5°à la température affichée.

<u>Température auriculaire</u>

- Le thermomètre auriculaire permet de capter les rayons infrarouges que notre corps émet.
- Introduire le capteur muni d'un capuchon à usage unique, dans l'oreille du patient.
- Faire pivoter l'appareil de 30° en arrière pour être en face du tympan.
- Lire l'affichage de la mesure entre 1 et 3 secondes.
- Noter le résultat sur la feuille de température.
- Jeter l'embout usagé dans le haricot.

EVALUATION

- Respect de la procédure du soin.
- Exactitude du résultat obtenu afin de permettre l'adaptation des traitements ou du suivi.
- Analyse du soin en fonction de la personne soignée.
- Prise de conscience de l'aspect « Responsabilité » de ce soin.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiches de Soins Infirmiers. Edition Masson. Pascal Hallouët / Jérôme Eggers. Evelyne Malaquin-Pavan

LA FREQUENCE RESPIRATOIRE

DÉFINITION

Ensemble des mouvements respiratoires ; un mouvement respiratoire est constitué par une inspiration et une expiration. L'appréciation de la respiration porte sur le rythme, la fréquence et l'amplitude respiratoire.

Valeurs physiologique :

- Nouveau né : 40 mouvements/minute
- Enfant : 30 à 36 mouvements/minute
- Adulte : 16 à 20 mouvements/minute

La fréquence respiratoire s'accélère pendant l'effort musculaire, le stress, les émotions, l'exposition à la chaleur, … La fréquence respiratoire diminue lors du sommeil ou du repos, …

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004

- Titre 1er
- Article R.4611-5 - Alinéa 19

INDICATIONS

- Surveillance d'un patient hospitalisé dans le but de détecter une anomalie respiratoire,
- Syndrome de détresse respiratoire, décompensation cardiaque ou respiratoire,
- Surveillance post-opératoire, …

OBJECTIFS

- Surveiller l'évolution d'une pathologie et/ou les effets d'un traitement,
- Evaluer l'état général d'une personne, prévenir et/ou dépister une complication…

PRÉREQUIS

- Anatomie et physiologie du système respiratoire.

MATÉRIEL

- Une montre avec trotteuse.

DÉROULEMENT DU SOIN

- Prendre la fréquence respiratoire à distance des variations physiologiques.
- Mettre la personne soignée au repos pendant ¼ d'heure. Se laver les mains.
- Compter à la vue, pendant une minute les mouvements respiratoires.
- Chez l'adulte : regarder les mouvements du thorax ou poser la paume de la main sur le thorax.
- Chez l'enfant : le dévêtir légèrement et compter en regardant la respiration abdominale.
- Noter les résultats.

EVALUATION

- Respect des consignes et de la technique et exactitude du résultat obtenu.
- Evaluation pertinente de la fréquence, du rythme et de l'amplitude par rapport à la personne.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiche de soins infirmiers – Pascal HALLOUET / Jérôme EGGERS.
- Edition MASSON – Année 2004.

LE POULS

DÉFINITION

Distension des artères sous la poussée sanguine provoquée par la contraction du ventricule gauche. Elle permet la détermination de la fréquence cardiaque et l'évaluation du rythme et de l'amplitude des pulsations.

Valeurs physiologique : la fréquence cardiaque diminue avec l'âge.

- Nouveau né : 130 à 140 pulsations/minute.
- Enfant : 80 à 110 pulsations/minute.
- Adulte : 70 à 80 pulsations/minute.
- Personne âgée : 55 à 60 pulsations/minute.

La fréquence cardiaque s'accélère pendant l'effort musculaire, la digestion, le stress, les émotions, l'exposition à la chaleur, la grossesse, et l'élévation de la température corporelle.

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004

- Titre 1er
- Article R.4611-5 - Alinéa 19

INDICATIONS

- Pathologie cardiaque : insuffisance cardiaque, troubles du rythme, …
- Insuffisance respiratoire, crise d'asthme, …
- Surveillance systématique de tout patient en pré et post opératoire
- Hyperthermie
- Dépistage d'une phlébite, …

OBJECTIFS

- Surveiller l'évolution d'une pathologie et/ou les effets d'un traitement.
- Evaluer l'état général d'une personne.
- Prévenir et/ou dépister une complication.

PRÉREQUIS

- Anatomie et physiologie du cœur et des vaisseaux.

MATÉRIEL

- Une montre avec trotteuse.

DÉROULEMENT DU SOIN

- Prendre le pouls à distance des variations physiologiques.
- Mettre la personne soignée au repos pendant ¼ d'heure.
- Se laver les mains.
- Choisir le lieu de la prise de pouls (artère carotide, artère humérale, artère radiale : la plus habituelle, artère fémorale, artère poplitée, artère tibiale, artère pédieuse et artère temporale).
- Positionner l'index et le majeur sur l'artère du patient en exerçant une légère pression.
- Compter à chaque sensation de soulèvement de l'artère, sur un minute.
- Noter les résultats.

EVALUATION

- Respect des consignes et de la technique.
- Exactitude du résultat obtenu.
- Evaluation pertinente de la fréquence, du rythme et de l'amplitude par rapport à la personne.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiche de soins infirmiers – Pascal HALLOUET / Jérôme EGGERS.
- Edition MASSON – Année 2004.

LA TENSION ARTERIELLE

DÉFINITION

Pression sous laquelle le sang circule dans les vaisseaux ; elle est due à la force de contraction du cœur, la force de résistance des vaisseaux et la masse sanguine.

La tenson artérielle s'exprime par :

- la TA maxima ou systolique en rapport avec la contraction ventriculaire,
- la TA minima ou diastolique en rapport avec la résistance des vaisseaux au moment de la diastole ventriculaire.

L'écart entre la tension maxima et la tension minima se nomme la tension différentielle ; elle peut être pincée ou élargie.

Valeurs physiologique :

- TA systolique ou maxima < 140 mmHg.
- TA diatolique ou minima < 90 mmHg.

La TA s'élève avec l'âge :

- Enfant : 70mmHg / 40mmHg.
- 20 ans : 110mmHg / 70mmHg.
- 50 ans : 120-150mmHg / 70-80mmHg.

Variations physiologiques :

- La TA s'élève avec l'exercice, la digestion, le stress, les émotions, le froid…
- La TA diminue avec le repos, le sommeil, la chaleur, la grossesse, …

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004

- Titre 1er
- Article R.4611-5
- Alinéa 19

INDICATIONS

- Surveillance ou dépistage d'une hypo ou d'une hypertension artérielle,
- Surveillance hémodynamique d'un patient dans le cadre d'une hospitalisation (si risque de décompensation cardiaque, en post opératoire, dépistage d'un état de choc…),
- Pathologie cardiaque…

OBJECTIFS

- Surveiller l'évolution d'une pathologie et/ou les effets d'un traitement.
- Evaluer l'état général d'une personne.
- Prévenir et/ou dépister une complication.

PRÉREQUIS

- Anatomie et physiologie du cœur et des vaisseaux.

MATÉRIEL

- Appareil à tension, stéthoscope
- Produit antiseptique pour nettoyage et désinfection du brassard et du stéthoscope.

DÉROULEMENT DU SOIN

- Prendre la tension artérielle à distance des variations physiologiques.
- Mettre la personne soignée au repos pendant ¼ d'heure.
- Se laver les mains puis vérifier que l'appareil de mesure soit à zéro mmHg et fermer l'écrou de décompression.
- Repérer l'artère humérale ; placer le stéthoscope et le maintenir d'une main sans appuyer.
- Gonfler le brassard jusqu'à 30 mmHG au dessus de la TA systolique habituelle du patient.
- Dégonfler lentement et sans à coup : l'apparition du 1er bruit est la TA maxima et le dernier bruit entendu est la TA minima.
- Noter les résultats puis nettoyer le matériel.

EVALUATION

- Respect des consignes et de la technique, exactitude du résultat obtenu.
- Evaluation pertinente du résultat par rapport à la personne.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiche de soins infirmiers – Pascal HALLOUET / Jérôme EGGERS.
- Edition MASSON – Année 2004.

L'AEROSOL

DÉFINITION

Il s'agit de faire inhaler à un patient, une solution médicamenteuse ou non à l'aide d'un nébulisateur, grâce à l'utilisation d'un gaz comprimé (air ou oxygène) qui passe dans la solution à pulvériser, la transformant en micro brouillard.

Ce soin est prescrit pour le traitement préventif ou curatif de certaines affections respiratoires et en traitement adjuvant de la kinésithérapie respiratoire

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004

- Titre 1er - Article R.4611-5 et article R.4611-7.

INDICATIONS

- Broncho pneumopathie respiratoire,
- bronchospasme,
- infections de la cavité ORL,
- encombrements bronchiques,
- sécheresse des muqueuses respiratoires,
- risque infectieux lié aux traitements médicamenteux, à une intervention chirurgicale, au terrain.

OBJECTIFS

- Administrer un produit médicamenteux par nébulisation de produits actifs (contact direct avec la barrière alvéolo capillaire).
- Fluidifier les sécrétions bronchiques.
- Humidifier l'air inhalé par le patient.
- Assurer le confort du patient intubé ou trachéotomisé (VAS court-circuitée).
- Prévenir les complications broncho pulmonaires dues au terrain ou à la pathologie.

PRÉREQUIS

- Connaissances en anatomie et physiologie de l'appareil respiratoire.
- Pathologies pulmonaires.
- Pharmacologie : corticoïdes, broncho-dilatateurs, fluidifiants.

MATÉRIEL

Pour le soin :

- un plateau,
- une solution (médicamenteuse ou sérum physiologique),
- une seringue pour le cas ou le produit n'est pas présenté sous forme de dosette (pour reconstituer le produit),
- un masque à aérosol à usage unique,
- un raccord,
- une source de gaz comprimé :
  - air : prise murale munie d'un manomètre,
  - oxygène : idem,
  - a domicile : moto compresseur électrique qui filtre l'air ambiant, le comprime et le distribue sous pression,
- trotteuse si nécessaire.

Pour le patient :
- des compresses ou des mouchoirs en papier,
- un crachoir.

DÉROULEMENT DU SOIN

- Consignes particulière à respecter avant ce soin :
  - éffectuer l'aérosol loin des repas,
  - installer le patient en position demi-assise,
  - libérer les voies aériennes supérieures (faire tousser, moucher, cracher le patient),
  - prendre les pulsations du patient avant et après l'aérosol si utilisation de broncho-dilatateurs,
  - le nébulisateur personnel : il doit être changé une fois par 24 heures et nettoyé après chaque utilisation,
  - les bronchodilatateurs seront faits avant le clapping et les antibiotiques ensuite.
- Si nécessaire, reconstituer le produit médicamenteux après avoir vérifié la prescription médicale.
- Retirer du nébulisateur le réceptacle et y introduire les produits prescrits.
- Visser le réceptacle à la base du nébulisateur.
- Poser le tout dans un plateau accompagné des compresses et du crachoir.
- Avertir le patient qu'il va être immobilisé au lit pendant ½ heure.
- L'installer confortablement en position demi-assise.
- Lui expliquer le soin si c'est la première séance.
- Lui prendre le pouls si nécessaire.
- Demander au patient de se moucher ou s'il désire cracher avant de commencer.
- Ouvrir la vanne du manomètre d'air ou d'O2 jusqu'à obtenir un brouillard dans le masque.
- Appliquer le masque sur le nez et la bouche du patient.
- Lui demander de respirer normalement et de prendre, de temps à autres, une plus grande inspiration.
- Lui laisser à disposition des compresses, le crachoir et la sonnette.
- Laisser l'aérosol en place 15 à 20 minutes.
- A la fin du soin retirer le masque et le nettoyer au sérum physiologique pour une future utilisation.
- Reprendre le pouls si nécessaire.

EVALUATION

De l'efficacité
- L'état respiratoire du patient s'est amélioré.
- Les sécrétions sont fluides et peuvent être expectorées.
- Les signes cliniques présentés par le patient sont améliorés.

Des effets secondaires
- Le pouls n'est pas accéléré (si broncho-dilatateur).

De la procédure
- La prescription est respectée.
- Le temps de nébulisation est respecté.
- Le patient tolère le traitement.
- La quantité de produit est diffusée.

LE PRELEVEMENT VEINEUX

DÉFINITION

Recueil d'un échantillon de sang d'une veine superficielle dans un ou plusieurs tubes pour examen(s) en laboratoire.

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004 – Code de la santé publique.

- Titre 1er : profession d'infirmier ou d'infirmière.
- Chapitre 1er
- Article R.4311-7

INDICATIONS

- Analyse cytologique : numération formule sanguine, plaquettes, …
- Analyse chimique : ionogramme, étude de la coagulation, …
- Analyse sérologique : hépatite B ou C, HIV, …
- Analyse bactériologique : hémoculture, …
- Analyse immunologique…

OBJECTIFS

- Soin à visée diagnostique ou thérapeutique,
- surveillance de l'évolution d'une maladie,
- surveillance de l'effet d'un traitement, …

PRÉREQUIS

- Anatomie vasculaire du bras,
- connaissance des examens biologiques sanguins.

MATÉRIEL

- Plateau décontaminé, haricot à usage unique,
- compresses stériles,
- alcool à 70°ou Bétadine alcoolique, antiseptique non alcoolisé si taux d'alcoolémie à doser,
- gants non stériles, protection de lit,
- tubes de prélèvement adaptés à la prescription médicale,
- corps de pompe à usage unique,
- aiguille fixe ou aiguille à ailettes adaptés au diamètre de la veine,
- garrot décontaminé et de taille adaptée, sparadrap,
- solution hydro-alcoolique pour antisepsie rapide des mains,
- bons de laboratoires conformes à la prescription (cf. cours sur les examens de laboratoire),
- container à objets piquants ou tranchants.

DÉROULEMENT DU SOIN

- Prévenir le patient la veille ou le plus tôt possible et lui expliquer le but de l'examen et le délai de retour des résultats.
- Vérifier, si l'examen le nécessite, que le patient est à jeun et/ou l'horaire de prélèvement.
- Réaliser un lavage antiseptique des mains.
- Préparer le matériel nécessaire sur le plateau de soins.

- Installer le patient confortablement, le bras à plat en appui vers le bas. Retirer ou remonter la manche et vérifier l'état de propreté cutanée.
- Si le patient est perfusé, a subi un curage ganglionnaire axillaire, est paralysé ou porteur d'une fistule artério-veineuse de dialyse : effectuer le prélèvement de sang au bras opposé.
- Disposer la protection de lit sous le bras.
- Réaliser une antisepsie rapide des mains.
- Ouvrir le sachet de compresses stériles.
- Adapter le système de prélèvement et le système de ponction puis mettre la paire de gants non stériles. Choisir une veine par la vue et le toucher.
- Repérer le point de ponction, positionner et serrer le garrot, 10 cm environ au dessus. Faire pratiquer par le patient quelques contractions de la main, tapoter la veine ou masser le bras dans le sens de la circulation veineuse (poignet, pli du coude).
- Effectuer la préparation cutanée du patient avec des compresses imbibées d'alcool et toujours en partant du site de ponction vers l'extérieur (diamètre 5 cm) : faire un premier passage et jeter la compresse dans le haricot, puis repasser sur la même zone avec une deuxième compresse imbibée d'alcool.
- Immobiliser la veine et ponctionner à l'aiguille, biseau tourné vers le haut à environ 45°dans le sens du retour veineux. Ponctionner la veine.
- Adapter les tubes au fur et à mesure. Retourner les tubes plusieurs fois, à l'exception des tubes secs.
- Desserrer le garrot.
- Désadapter le dernier tube.
- Oter l'aiguille et la jeter dans un container spécifique. Le reste du matériel étant jeté dans le haricot.
- Comprimer le point de ponction avec une compresse sèche environ une minute, ne pas faire plier le bras.
- Placer une compresse sur le point de ponction et la fixer avec du sparadrap.
- Retirer la protection de lit.
- Retirer et jeter les gants non stériles.
- Réinstaller confortablement le patient et si besoin, lui servir une collation.
- Identifier les tubes dans la chambre du patient avec ses étiquettes et les acheminer au laboratoire dans les sachets prévus à cet effet accompagnés des demandes d'examens remplies et étiquetées (GBEA).
- Respecter la traçabilité de l'examen.

EVALUATION

- Respect des règles d'hygiène et d'asepsie.
- Ponction réalisée sans risque d'Accident d'Exposition au Virus.
- Confort du patient assuré et ergonomie pour l'opérateur.
- La douleur de la personne a été limitée et sa réaction est proportionnée.
- Capital veineux préservé.
- Préparation du matériel : support choisi nettoyé et désinfecté, tout le matériel est présent.
- Le déroulement du soin est conforme au protocole.
- Le patient ne doit pas présenter d'hématome ou d'inflammation.
- Les tubes sont correctement remplis, non transvasés, …
- Les tubes sont acheminés avec les bons correspondants vers le laboratoire.
- Le matériel est rangé et les transmissions sont faites.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiche de soins infirmiers – Pascal HALLOUET / Jérôme EGGERS.
- Edition MASSON – Année 2004.

9. Fiche technique

Objectif : avec une asepsie rigoureuse, réaliser un prélèvement de sang.

Quand ? Sur prescription médicale.

Qui ? IDE et spécialités, MERM, Sage-Femme.

Matériel :
- tubes de prélèvements adaptés à la prescription médicale.
- dispositif complet de prélèvement : système de ponction et corps de pompe.
- garrot propre (nettoyé et désinfecté).
- compresses stériles.
- 1 paire de gants non stériles.
- solution antiseptique d'alcool à 70°.
- protection de lit.
- solution hydro-alcoolique pour l'antisepsie rapide des mains.
- sparadrap de fixation.
- conteneur à aiguilles et objets tranchants.

Technique :
- Après un lavage antiseptique des mains préparer le matériel nécessaire sur un chariot ou un plateau de soins propre (nettoyé et désinfecté).
- Installer le patient et disposer la protection de lit.
- Réaliser une antisepsie rapide des mains.
- Ouvrir les emballages stériles pour une préhension facile sans faute d'asepsie.
- Adapter le système de prélèvement et le système de ponction.
- Mettre les gants non stériles.
- Repérer le site de ponction en positionnant et serrant le garrot.
- Réaliser la préparation cutanée du patient avec une compresse imbibée d'alcool, jeter la compresse, puis avec une deuxième compresse imbibée d'alcool effectuer un deuxième passage sur la même zone.
- Ponctionner la veine pour le prélèvement sanguin.
- Adapter les tubes au fur et à mesure.
- Desserrer le garrot, et évacuer l'aiguille souillée dans le conteneur avec le corps de pompe à usage unique (Vacutainer® réf 36 48 87), ou désadapter si corps de pompe à usages multiples.
- Après compression du point de ponction avec une compresse sèche, mettre en place un pansement.
- Enlever la protection de lit puis jeter les gants.
- Identifier les prélèvements et remplir complètement le bon avant l'envoi au laboratoire, en respectant les Précautions Standard.
- Procéder au nettoyage-désinfection et rangement ou évacuation du matériel utilisé.
- Réaliser un lavage antiseptique des mains.
- Faire les transmissions écrites sur le dossier de soins infirmiers du patient.

10. Grille d'évaluation

Obs	items	OUI	NON	non adapté
D	Tenue vestimentaire correcte			
D	Lavage antiseptique des mains			
 D D	Préparation du matériel : • support choisi nettoyé et désinfecté • tous les éléments sont présents			
D D	Installation confortable du patient et ergonomique pour l'opérateur			
D	Antisepsie rapide des mains			
D	Ouverture aseptique des emballages			
D	Mise en place gants non stériles			
D	Système prélèvement et ponction adaptés			
  D D	Préparation cutanée du patient : • technique respectée - du centre vers la périphérie - pas de retour sur zone déjà traitée			
D	Ponction réalisée sans risque d'Accident d'Exposition au Sang (AES)			
D + L	Identification complète et envoi au Laboratoire (respect Précautions Standard)			
D	Nettoyage du matériel avec gants adaptés dès la fin du soin			
D	Lavage antiseptique des mains			
L	Transmissions faites			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

LA GLYCEMIE CAPILLAIRE

DÉFINITION

Recueil d'un échantillon de sang au niveau des capillaires afin de doser le taux de glycémie. Le taux normal est de 4 à 6,1 mmol/L soit 0,8 g/L à 1,1 g/L.

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004 – Code de la santé publique.
- Titre 1er : profession d'infirmier ou d'infirmière.
- Chapitre 1er
- Article R.4311-5

INDICATIONS

- Diabète de type I (insulinodépendant) et de type II (non insulinodépendant),
- Alcoolémie importante,
- Effets secondaires de certains médicaments,
- Malaise inexpliqué, …

OBJECTIFS

- Soin à visée diagnostique,
- surveillance de l'évolution d'une maladie,
- surveillance de l'effet d'un traitement, …

PRÉREQUIS

- Connaissance des examens biologiques sanguins.

MATÉRIEL

- Plateau décontaminé, haricot à usage unique,
- compresses non stériles,
- gants non stériles, lecteur de glycémie avec bandelettes adaptées, lancettes ou autopiqueur,
- container à objets piquants ou tranchants.

DÉROULEMENT DU SOIN

- **La préparation du matériel :**

    - Le port de gants non stériles est recommandé lors de la piqûre.

    - Réaliser un lavage simple des mains.
    - Préparer et étalonner le lecteur (vérifier la propreté de la tête de lecture, le bon état de marche de l'appareil, le code du flacon de bandelette à celui du lecteur).
    - Préparer le flacon de bandelettes : à chaque renouvellement de flacon, prendre la puce qui se trouve à l'intérieur et la mettre dans le lecteur. Mettre dans un container spécial la puce usagée.
    - Vérifier la date de péremption du flacon de bandelettes (utilisation dans les trois mois suivant la date d'ouverture qui est à noter sur le flacon).
    - Sortir la bandelette du flacon et le refermer immédiatement après avoir pris la bandelette (l'air ambiant altère la plage réactive de la bandelette et modifie la glucose oxydase.

- Préparation de l'autopiqueur avec une lancette neuve.
- Il faut proscrire l'aiguille à usage unique (S/C, IV) qui est souvent utilisée pour perforer le doigt et qui crée un flux capillaire suffisant mais des lésions cutanées importante et douloureuses à type de croûtes. Celles-ci limitent rapidement les sites de ponctions et engendrent inéluctablement un dégoût de la glycémie capillaire par le patient de par la douleur et l'aspect inesthétique. Il existe des lancettes avec réglage de la profondeur de l'aiguille adaptée.
- Préparation d'une compresse propre non stérile.

- **Le lavage des mains du patient** :

  - Il est important de rappeler au patient l'importance de ce geste, car s'il a touché un produit alimentaire ou autre avec des propriétés sucrées (fruit, parfum, …) le résultat de sa glycémie peut être faussé.
  - Lavage des mains au savon doux non parfumé, jamais d'alcool, ni de solution alcoolique car pouvoir hypoglycémiant.
  - Le patient se lave les mains selon nos conseils : eau chaude et non brûlante (l'eau chaude favorise la dilatation des capillaires et l'obtention immédiate d'une goutte de sang bombée sans presser le doigt. Une manipulation trop longue du doigt avant l'obtention d'une goutte suffisante fausse le résultat de la glycémie).
  - Les mains sont mouillées avant le savonnage, lavage des mains sans oublier les espaces interdigitaux.
  - Rinçage abondant des mains, doigts vers le haut. Le jet d'eau stimule la pulpe donc la dilatation des capillaires d'une part et les règles d'asepsie sont respectées d'autre part.
  - Séchage des mains avec des serviettes en papier ou une serviette en éponge propre : la peau est sèche et chaude.
  - Le séchage parfait de la peau évite l'étalement de la goutte et l'hémodilution par l'humidité de la peau.

- **Réalisation de la glycémie capillaire** :

  - Dans le cadre de l'éducation, expliquer au patient le déroulement de la glycémie.
  - Choisir le site de ponction :
    - 3ème, 4ème, 5ème doigt, bord latéral, entre la pulpe et le bord de l'ongle,
    - le pouce et l'index ne sont jamais piqués : il convient de ne jamais léser les terminaisons nerveuses du pouce et de l'index qui forment la pince et permet la lecture du braille pour les malvoyants ou non voyants.
    - Le lobe de l'oreille peut être choisi dans les cas d'hyperkératose (possibilité de piquer l'avant bras avec des lecteurs spéciaux).
    - L'autopiqueur est appliqué sur le site choisi en pression : la pression sur le site concentre le flux capillaire et crée une sensation de pesanteur qui diminue la douleur de la ponction.
    - L'autopiqueur est actionné ; la ponction effectuée, le doigt est retourné pour suspendre la goutte (éviter de répandre la goutte sur la peau).
    - Une pression est exercée de la base vers l'extrémité du doigt pour augmenter le volume de la goutte. La pression seule de l'extrémité fausse le résultat de la glycémie.
    - La goutte obtenue, suffisamment grosse, est déposée sur la bandelette et recouvre la totalité de la plage réactive. Dans le cas contraire, le résultat est faussé.
    - Le doigt ne rentre pas en contact avec la plage réactive car il y a un risque d'altération de la glucose oxydase.
    - Demander au patient d'exercer une pression sur le site de ponction durant une minute avec la compresse pour éviter un hématome.

- Le mode d'emploi du type de lecteur est suivi scrupuleusement (guide d'utilisation fourni par le laboratoire avec le lecteur).
- Le patient est informé du résultat qui est noté sur une feuille de transmission.

- **Rangement du matériel** :

  - La lancette est jetée dans un container sans jamais la toucher avec les doigts. La bandelette est enlevée et jetée.
  - Le lecteur est éteint.
  - La tête de lecture est nettoyée (au savon neutre ou liquide spécifique).
  - Le matériel est rangé dans un endroit sec, à l'abri de la lumière, à une température entre +4° et +30° pour limiter les risques de dérèglement du lecteur et l'altération de la plage réactive.
  - Lavage antiseptique des mains.

EVALUATION

- Respect des règles d'hygiène.
- Ponction réalisée sans risque d'Accident d'Exposition au Virus.
- Confort du patient assuré et ergonomie pour l'opérateur.
- La douleur de la personne a été limitée et sa réaction est proportionnée.
- Le déroulement du soin est conforme au protocole.
- Le matériel est rangé et les transmissions sont faites.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiche de soins infirmiers – Pascal HALLOUET / Jérôme EGGERS.

L'HEMOCULTURE

DÉFINITION

Ensemencement sur un ou plusieurs milieux de culture appropriés d'une certaine quantité de sang prélevée chez un patient.

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004 – Code de la santé publique.

- Titre 1er : profession d'infirmier ou d'infirmière.
- Chapitre 1er
- Article R.4311-7

INDICATIONS

- Etats septiques,
- hyperthermie ou hypothermie,
- altération de l'état général,
- complications iatrogènes des sites de ponction (veinites).

OBJECTIFS

- Isoler et d'identifier la présence de bactéries ou levures viables dans le sang,
- adapter une antibiothérapie ou en vérifier l'efficacité.

PRÉREQUIS

- Ponction veineuse.

RECOMMANDATIONS

- L'asepsie doit être rigoureuse sous peine de voir souiller l'examen et d'en fausser le résultat. Lavage antiseptique des mains, tenue correcte (cheveux attachés, vêtements de travail propre). Préparation correcte du site de ponction.
- Le prélèvement doit être fait de préférence au moment des pics fébriles (frissons) car ils correspondent aux décharges bactériennes.
- Le prélèvement doit être répété car la présence et la concentration des germes dans le sang n'est pas constante. (3 prélèvements à une heure d'intervalle).
- Préciser sur le bon de laboratoire les éléments qui pourront aider au diagnostic: heure et date du prélèvement, température corporelle au moment du prélèvement, notion de voyages, signes cliniques éventuels autres que la fièvre.
- ATTENTION: La réalisation d'une hémoculture représente un risque potentiel de piqûres accidentelles pour le personnel, qu'il est possible d'éviter en utilisant un conteneur.

MATÉRIEL

Pour le lavage des mains de l'opérateur :

- savon antiseptique.

Pour la préparation cutanée :

- solution antiseptique moussante type Bétadine scrub* ou si allergie à l'iode Hibiscrub*,
- eau stérile pour le rinçage,
- solution antiseptique dermique type Bétadine dermique* ou si allergie à l'iode Hibitane champ*.

Pour la réalisation du prélèvement :

- flacons à hémoculture: 1'aérobie et 1'anaérobie et plus selon prescription (milieu de Sabouraud, de Castaneda),
- antiseptique type Bétadine dermique* ou alcool iodé* ou bétadine iodée* pour la désinfection des bouchons des flacons,
- compresses stériles,
- aiguilles à usage unique type Butterfly* ou Vacutainer*,
- une paire de gants stériles,
- un garrot propre,
- une protection,
- sparadrap de fixation et ciseaux,
- solution antiseptique hydro-alcoolique à action rapide type Manuspray*,
- un conteneur d'aiguilles.

DÉROULEMENT DU SOIN

- Réaliser un lavage antiseptique des mains.
- Préparer le matériel nécessaire et suffisant sur un chariot désinfecté.
- Installer le patient confortablement, vérifier l'état de propreté cutanée.
- Disposer la protection sous le bras.
- Repérer le site de ponction en positionnant le garrot.
- Réaliser une antisepsie rapide des mains.
- Effectuer la préparation cutanée du patient en 4 temps (détersion, rinçage, essuyage, antisepsie) en respectant les délais d'action de chaque solution antiseptique, et toujours en partant du site de ponction vers l'extérieur. (Diamètre de 5 cm).
- Procéder à la désinfection des bouchons des flacons: laisser la compresse imbibée en contact.
- Ouvrir les emballages stériles, et disposer le matériel pour une préhension facile sans faute d'asepsie.
- Serrer le garrot.
- Mettre la paire de gants stériles.
- Ponctionner la veine.
- Adapter le flacon aérobie, puis le flacon anaérobie (pour chacun de 8 à 10 ml de sang).
- Les poser sur le chariot
- Desserrer le garrot.
- Retirer l'aiguille et la jeter sans recapuchonner dans le conteneur.
- Mettre en place un pansement compressif sur le point de ponction.
- Oter les gants.
- Identifier les prélèvements réalisés, remplir correctement le bon de laboratoire en notant l'heure du prélèvement, la température du patient à ce moment là et le traitement antibiotique éventuel, et envoyer le rapidement au laboratoire à température ambiante.
- Eliminer les déchets et nettoyer puis ranger ce qui doit l'être.
- Réaliser un lavage antiseptique des mains.
- Effectuer les transmissions écrites sur le dossier de soin infirmier.

EVALUATION

- Le prélèvement est efficace si les germes retrouvés ne sont pas des staphylococcus épidermidis ce qui voudrait dire qu'il a été souillé.
- Les hémocultures poussent habituellement en 24 à 48 heures (entérobactérie, staphylocoque). Pour certains germes, elles poussent plus lentement, en 15 jours à 3 semaines.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiche de soins infirmiers – Pascal HALLOUET / Jérôme EGGERS - Edition MASSON – Année 2004.

9. Fiche technique

Objectif : avec une asepsie rigoureuse, réaliser un prélèvement de sang pour ensemencer un milieu de culture approprié afin de rechercher la présence de micro-organismes.

Quand ? Sur prescription médicale.

Qui ? Sage-Femme, Infirmière Diplômée d'Etat et spécialités.

Matériel :
- flacons BACTEC aérobie et anaérobie,
- dispositif complet de prélèvement,
- garrot propre,
- compresses stériles,
- 1 paire de gants stériles,
- solutions antiseptiques moussante et dermique de même gamme,
- 1 ampoule de 20 ml d'eau stérile,
- protection de lit,
- Stérillium® ou alcool à 70°,
- pansement stérile et sparadrap de fixation,
- conteneur à aiguilles et objets tranchants.

Technique :
- Après une antisepsie rapide des mains préparer le matériel nécessaire sur un chariot ou un plateau de soins propre (nettoyé et désinfecté).
- Réaliser un lavage antiseptique des mains.
- Installer le patient et disposer la protection de lit : repérer la zone éventuelle de ponction veineuse (surface cutanée propre).
- Réaliser une antisepsie rapide des mains.
- Ouvrir les emballages stériles pour une préhension facile sans faute d'asepsie.
- Désinfecter les septums des flacons d'hémocultures avec une solution antiseptique dermique.
- Pratiquer une antisepsie rapide des mains.
- Réaliser la préparation cutanée du patient en 4 temps (détersion, rinçage, séchage, antisepsie) en respectant les délais d'action de chaque solution antiseptique.
- Serrer le garrot puis réaliser une antisepsie rapide des mains.
- Mettre les gants stériles.
- Ponctionner la veine pour le prélèvement sanguin.
- Adapter le flacon aérobie puis le flacon anaérobie.
- Desserrer le garrot, et évacuer l'aiguille souillée dans le conteneur.
- Après compression du point de ponction mettre en place un pansement.
- Nettoyer les septums avec des compresses alcoolisées.
- Enlever les gants.
- Identifier les prélèvements et remplir complètement le bon avant l'envoi rapide au laboratoire à température ambiante.
- Procéder au nettoyage et rangement ou évacuation du matériel utilisé.
- Réaliser un lavage antiseptique des mains.
- Faire les transmissions écrites sur le dossier de soins infirmiers du patient.

10. Grille d'évaluation

Obs	items	OUI	NON	non adapté
D	Tenue vestimentaire correcte			
D	Antisepsie rapide des mains			
 D D	Préparation du matériel : • support choisi nettoyé et désinfecté • tous les éléments sont présents			
D	Lavage antiseptique des mains			
D D	Installation confortable du patient et ergonomique pour l'opérateur			
D	Ouverture aseptique des emballages			
D	Septums flacons d'hémoculture désinfectés			
D	Antisepsie rapide des mains			
  D D D D	Préparation cutanée du patient : • les 4 temps sont respectés - même gamme d'antiseptiques - délais d'action suffisants • technique respectée - du centre vers la périphérie - pas de retour sur zone déjà traitée			
D	Mise en place garrot sans toucher zone préparée			
D	Antisepsie rapide des mains			
D	Mise en place gants stériles			
D	Ponction réalisée sans risque d'Accident d'Exposition au Sang (AES)			
D	Septums flacons d'hémoculture nettoyés			
D D + L	Identification complète et envoi rapide au Laboratoire			
D	Nettoyage du matériel avec gants adaptés dès la fin du soin			
D	Lavage antiseptique des mains			
L	Transmissions exploitables			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

- Installation du malade : ergonomique pour IDE oui : si pas de déplacements inopportuns, et pas de risque de blessures.
- Transmissions exploitables : y figurent la température lors du prélèvement, ..

LES INJECTIONS PAR VOIE PARENTERALE

DÉFINITION

Traitements médicamenteux administrés par une voie autre que la voie entérale
Les voies d'administration sont :
- Intramusculaire (I.M.)
- Intraveineuse (I.V.)
- Sous-cutanée (S.C.)
- Intradermique (I.D.)

Buts :
- Préventif : vaccinothérapie …
- Thérapeutique : antibiothérapie …
- Diagnostique : dépistage d'allergies …

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004 – Code de la santé publique.
- Titre 1er : profession d'infirmier ou d'infirmière.
- Chapitre 1er
- Articles R4311-7, R4311-8, R4311-9, R4311-10, R4311-14.

INDICATIONS

- Administration d'un traitement non disponible par voie entérale.
  Exemple : Insuline, tests allergologiques …

- Administration d'un traitement à un patient dans l'incapacité de prendre un traitement par voie orale.
  Exemple : Coma, vomissements (chimiothérapie, gastro-entérite), trouble de la déglutition …

- Administration d'un traitement non assimilable par le tube digestif.
  Exemple : résection intestinale importante …

- Administration d'un traitement exigeant une posologie précise calculée en fonction du poids et de la taille.

OBJECTIFS

- Obtenir une action plus précise, plus rapide que les autres voies : le médicament passe plus rapidement dans la circulation sanguine, le dosage est plus précis et modulable, l'absorption est maximale.
- Eviter la voie digestive : cas de médicaments irritants pour la muqueuse digestive, au goût désagréables, neutralisés par les sucs digestifs ou non assimilables par une autre voie.

PRÉREQUIS

- Anatomie.
- Connaissances pharmacologiques.
- Fiche des principes d'administration et de surveillance des traitements médicamenteux.
- Règles d'hygiène et d'asepsie.
- Connaissances sur les accidents d'exposition aux virus.
- Calculs de dose.

MATÉRIEL

PRESENTATION DU MATERIEL

Les seringues

- Stériles,
- en plastique (à usage unique) ou en verre selon certains produit,
- de taille et de capacité variables (1 ml, 2 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml, 50 ml): le choix s'effectue en fonction de la quantité de produit à injecter,
- seringues spécifiques :
  - insuline,
  - tuberculine,
  - désensibilisation,
  - seringues pré-remplies.

Les aiguilles

- Stériles,
- usage unique,
- de taille et de calibre (Gauge-G) variables : le choix s'effectue en fonction de la voie d'injection, de la morphologie du patient, du liquide à injecter :
  - I.M. : aiguille longue à biseau long (couleur de l'embase verte, 21G),
  - I.V. : aiguille courte à biseau court (couleur bleue, 23 G),
  - S.C. : aiguille courte à biseau long (couleur orange, 25 G),
  - I.D. : aiguille très courte (= 1cm), fine, à biseau court (couleur orange ou jaune, 25 G),
  - Trocart : aiguille de gros calibre utilisée pour les préparations (couleur rose, 18 G, marron clair, 19 G).

MATERIEL REQUIS

- Seringue et aiguille à adapter à la voie d'injection,
- aiguille trocart,
- compresses stériles,
- antiseptique,
- plateau,
- haricot,
- collecteur à objets tranchants,
- gants.

TECHNIQUE DE PREPARATION

- Sortir tout le matériel nécessaire.
- Vérifier le dosage, l'intégrité du produit, la date de péremption …

MONTAGE DE LA SERINGUE

- Ouvrir l'emballage de la seringue.
- Tirer le piston afin de le désolidariser de la paroi.
- Déposer la seringue dans son emballage sur le plateau.
- Ouvrir l'emballage de l'aiguille (trocart).
- Ne découvrir que la partie qui va s 'adapter à la seringue (embase).
- Fixer l'embase de l'aiguille à la seringue.
- Reposer l'ensemble dans l'emballage stérile.

PREPARATION A PARTIR D'UNE SOLUTION

- Faire descendre la totalité du liquide dans la partie inférieure de l'ampoule.
- Désinfecter le col de l'ampoule avec une compresse imbibée d'antiseptique.
- Ouvrir l'ampoule avec cette compresse en exerçant une pression latérale.
- Prendre la seringue et ôter le capuchon protecteur de l'aiguille.
- Tenir l'ampoule entre le majeur et l'index de l'autre main.
- Introduire l'aiguille dans l'ampoule sans en toucher les rebords extérieurs.
- Maintenir l'aiguille immergée dans la solution, biseau vers le bas contre la paroi au fond de l'ampoule.
- Aspirer la quantité de solution présente.
- Purger l'air contenu dans la seringue en maintenant la seringue verticalement, aiguille vers le haut (jusqu'à ce que l'air soit dans l'embase).
- Si besoin, donner des chiquenaudes sur la seringue pour faire remonter les bulles au dessus de la solution.
- Chasser l'air en poussant lentement le piston jusqu'à la disparition totale de l'air (en maintenant si possible l'aiguille par l'embase).
- Vérifier la quantité de solution prélevée par rapport à la prescription.
- Enlever le trocart (seul cas où le retrait s'effectue à la main) et le jeter dans la collecteur.
- Adapter à la seringue l'aiguille spécifique à la voie d'injection (chacune dans son emballage respectif).
- Déposer le tout sur le plateau.

PREPARATION A PARTIR D'UNE POUDRE

- Choisir le solvant adapté à la poudre.
- Enlever l'opercule de protection du flacon.
- Aseptiser le bouchon caoutchouc avec une compresse imbibée d'antiseptique.
- Laisser la compresse sur le bouchon.
- Prélever la quantité de solvant nécessaire (cf. préparation à partir d'une solution).
- Tenir le flacon de poudre dans la main opposée à celle qui tient la seringue.
- Enfoncer le trocart au milieu du bouchon caoutchouc et injecter le solvant dans le flacon.
- Dissoudre le médicament, sans enlever l'aiguille et la seringue.
- Aspirer la quantité de produit suffisante.
- Retirer le trocart du bouchon.
- Purger la seringue.
- Vérifier la quantité de produit prélevé en se référant à la prescription.
- Enlever le trocart (seul cas ou le retrait s'effectue à la main) et le jeter dans le collecteur.
- Adapter à la seringue l'aiguille spécifique à la voie d'injection (chacune dans son emballage respectif).
- Déposer le tout sur le plateau.

Le produit ainsi préparé selon le dosage et la voie d'administration prescrits doit être injecté **IMMEDIATEMENT** par la personne qui a préparé l'injection.

EVALUATION

- Respect des règles d'hygiène, d'efficacité, de sécurité, de confort avant, pendant et après le soin.

RESPECT DE LA PRESCRIPTION :

- nom du produit,
- date, heure et validité de la prescription,
- dosage, posologie, forme et voie d'administration,
- injection du produit en totalité.

CONFORMITE AU PROTOCOLE :

- matériel adapté à la prescription,
- site d'injection approprié et individualisé,
- technique d'injection respectée.

SURVEILLANCE SPECIFIQUE AU TRAITEMENT :

- surveillance de l'efficacité,
- surveillance des effets secondaires.

OBSERVATION DES SIGNES CLINIQUES :

- douleur, induration ou hématome au pont d'injection,
- douleur sur le trajet du nerf sciatique ou raideur du membre inférieur (I.M.),
- extravasation (I.V.),
- signes d'inflammation : Douleur, Chaleur, Rougeur.

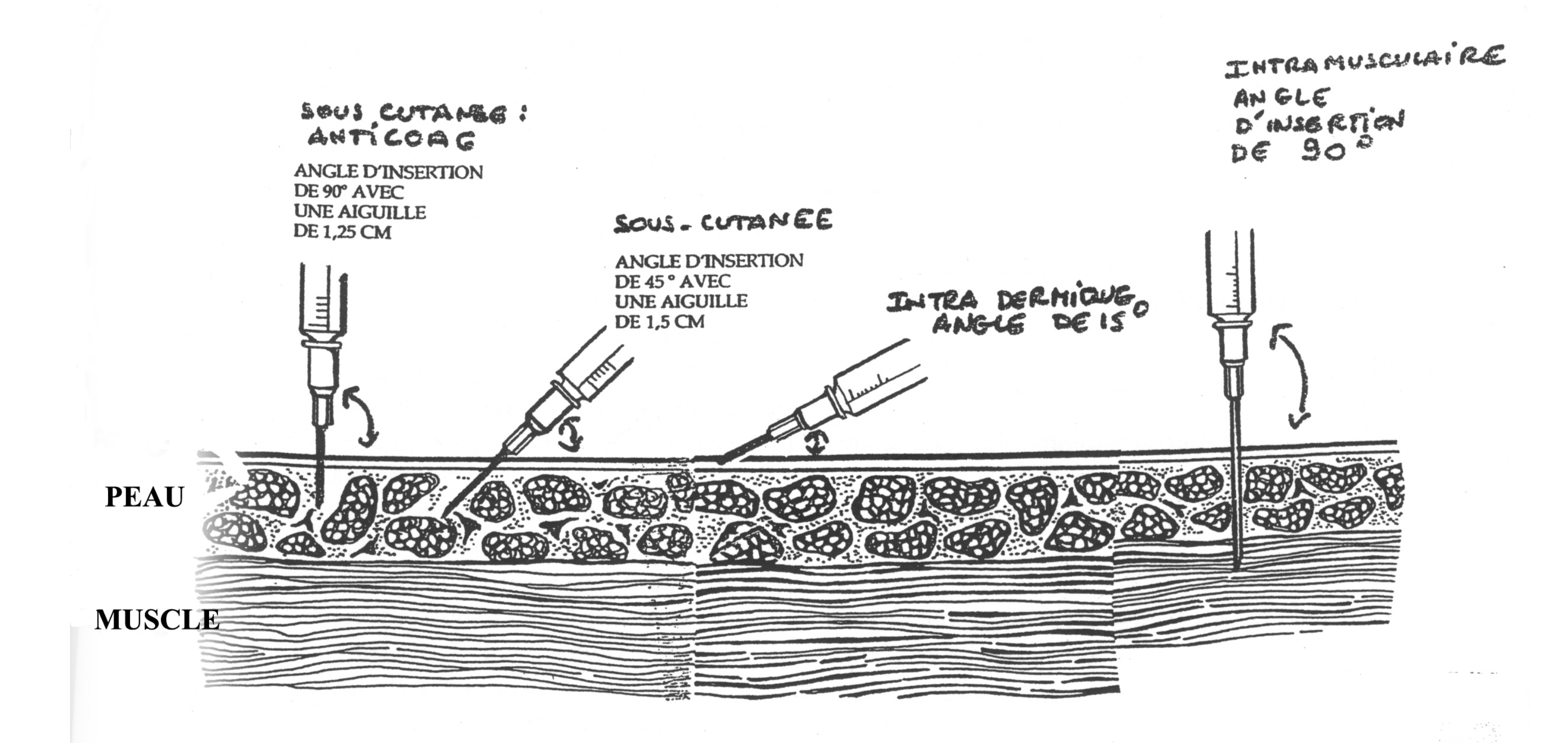
COMPLICATIONS POSSIBLES :

- inflammation du tissu conjonctif,
- hématome,
- adénite,
- abcès, septicémie,
- nécrose (si emploi d'une solution hypertonique).

BIBLIOGRAPHIE

- « Fiches de soins infirmiers » Pascal Hallouët / Jérôme Eggers / Evelyne Malaquin-Pavan, éditions Masson, 2004.
- « Soins infirmiers, Fiches techniques » Anne-Françoise Pauchet-Traversat, éditions Maloine, 2003.
- « Traité de soins infirmiers » Patricia A.Potter / Anne G. Perry, éditions Mosby, 2002.

ANGLES D'INSERTION DE L'AIGUILLE



Comparaison entre les angles d'insertion de l'aiguille pour les injections :

- intra-musculaires (90 degrés)
- sous cutanées (45 degrés et à 90 degrés)
- intra-dermiques (15 degrés)

1 - L’INJECTION INTRAVEINEUSE

DEFINITION

Passage d’un traitement directement dans le système circulatoire du patient.

PREREQUIS

- Cf. Fiche de soins sur les injections par voie parentérale.

CONSIGNES

- Suivre les règles d’hygiène et d’asepsie, de sécurité, d’efficacité, de confort,
- il est indispensable de commencer le traitement en utilisant les veines des extrémités des membres pour préserver le réseau veineux,
- ne jamais injecter de Chlorure de Potassium (KCl) par voie veineuse directe.

MATERIEL

- Cf. Fiche de soins sur les injections par voie parentérale.
- Garrot propre
- Sparadrap
- Protection
- Pommade anesthésiante éventuellement à poser avant le soin (20 minutes avant)
- Gants non stériles

DEROULEMENT DU SOIN

- Cf. Fiche de soins sur les injections par voie parentérale.

- Préparer le matériel et le produit médicamenteux,
- installer confortablement le patient, bras en extension sur la protection,
- mettre les gants,
- choisir une veine, à la vue et au toucher,
- serrer le garrot autour du bras au moins 10 cm au dessus de la zone à ponctionner. Ne pas trop serrer (le pouls doit rester perceptible),
- aseptiser en escargot la région à ponctionner,
- purger la seringue,
- d’une main, maintenir le bras, tendre la peau, immobiliser la veine avec le pouce,
- introduire l’aiguille tangentiellement à la peau, biseau vers le haut dans le sens de la circulation. S’assurer qu’une partie de l’aiguille est dans la veine,
- aspirer légèrement pour vérifier la position de l’aiguille dans la veine en constatant un retour veineux (reflux de sang dans la seringue),
- **ôter impérativement le garrot,**
- injecter lentement en ayant soin de vérifier que l’aiguille est toujours dans la veine (aspirer une goutte de sang dans la seringue),
- l’injection terminée, retirer l’ensemble seringue / aiguille (maintenir l’embase),
- comprimer le point de ponction, à l’aide d’une compresse,
- **ne pas faire plier le bras,**
- placer une compresse stérile sèche avec du sparadrap sur le point de ponction.

veine céphalique

veine basilique

veine céphalique accessoire

veine cubitale médiane

veine basilique

veine céphalique

veine médiane antibrachiale

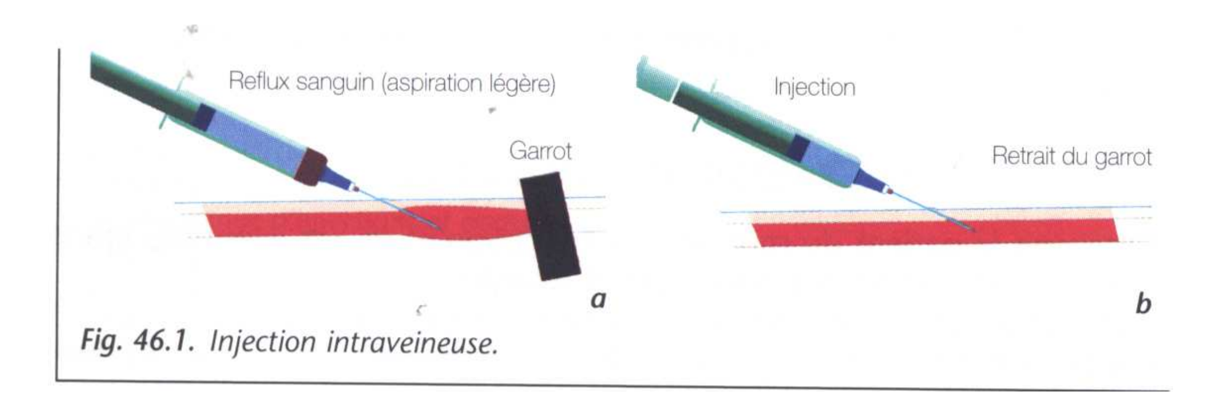


Fig. 46.1. Injection intraveineuse.

2 - L'INJECTION SOUS-CUTANEE

DEFINITION

Injection d'un produit médicamenteux isotonique dans le tissu cellulaire sous-cutané appelé aussi hypoderme.

PREREQUIS

- Cf. Fiche de soins sur les injections par voie parentérale.

CONSIGNES

- Suivre les règles d'hygiène et d'asepsie, de sécurité, d'efficacité, de confort,
- respect des lieux d'injection.

Il faut choisir des tissus interstitiels lâches, loin des tendons et des saillies osseuses :

- face externe du bras,
- face antérieure de la cuisse,
- région sus et sous épineuse de l'omoplate,
- région deltoïdienne,
- région abdominale.

MATERIEL

- Cf. Fiche de soins sur les injections par voie parentérale.

DEROULEMENT DU SOIN

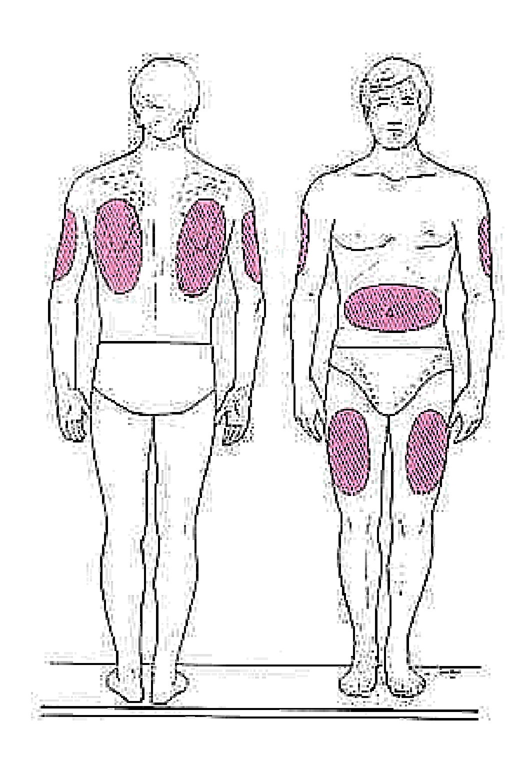
- Cf. Fiche de soins sur les injections par voie parentérale.

- Préparer le matériel et le produit médicamenteux (cf. Fiche Injections par voie parentérale),
- installer confortablement le malade,
- repérer et aseptiser le lieu d'injection,
- pincer la peau entre le pouce et l'index,
- piquer perpendiculairement ou latéralement (45°, dans le sens de la circulation veineuse, le biseau tourné vers le haut) au plan de ponction selon la corpulence de la personne, la taille de l'aiguille... Introduire rapidement l'aiguille jusqu'à la garde à la base du pli,
- relâcher le pli sauf pour l'injection d'insuline ou d'anticoagulant,
- injecter le liquide lentement,
- lorsque tout le produit est injecté, comprimer la peau près de l'aiguille avec une compresse sauf pour les injections d'insuline,
- retirer l'ensemble seringue / aiguille (maintenir l'embase).

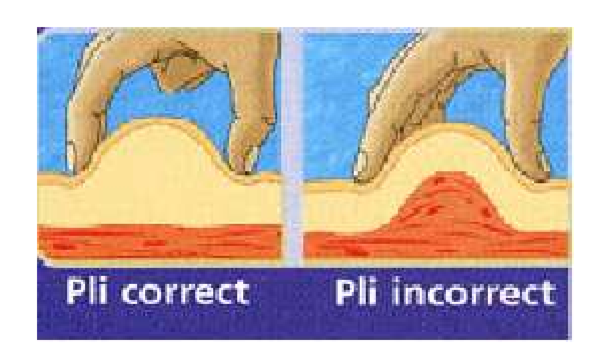
Après une injection d'insuline, ne pas désinfecter à l'alcool et ne pas frictionner car la diffusion du produit médicamenteux serait trop rapide.

NB : pour le stylo à insuline, la taille de l'aiguille est prescrite en fonction de l'IMC.

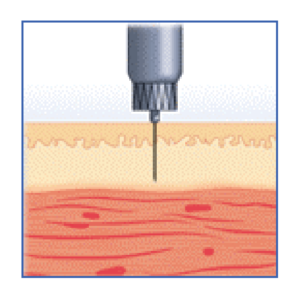
Zones d’injections sous cutanées



Réalisation du pli cutané



Introduction de l’aiguille



3 - L'INJECTION SOUS-CUTANEE D'UN ANTI-COAGULANT

DEFINITION

Injection sous-cutanée d'un produit type : CALCIPARINE®, LOVENOX®, FRAXIPARINE®, FRAGMINE®, INOHEP® dans un but thérapeutique et / ou préventif des maladies thrombo-emboliques.

PREREQUIS

- Cf. Fiche de soins sur les injections par voie parentérale

CONSIGNES

- Suivre les règles d'hygiène et d'asepsie, de sécurité, d'efficacité, de confort,
- respecter strictement les horaires,
- utiliser la seringue contenue dans le conditionnement,
- effectuer l'injection dans le tissu cellulaire sous-cutanée de la ceinture abdominale (région antéro-latérale) ou de la cuisse (face antérieure), tantôt à droite, tantôt à gauche,
- maintenir le pli cutané pendant l'injection,
- ne pas purger les présentations en dose unique (si nécessité de purger pour adapter la prescription : purger la seringue aiguille vers le bas).

MATERIEL

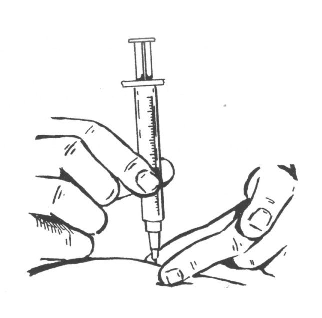
- Cf. Fiche de soins sur les injections par voie parentérale.

TECHNIQUE

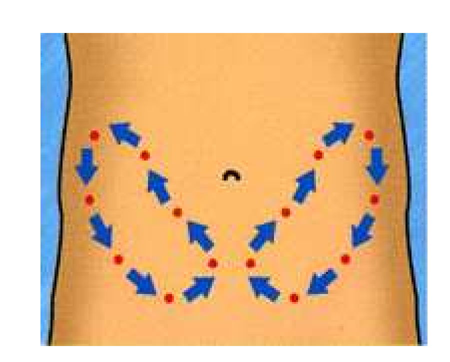
- Cf. Fiche de soins sur les injections par voie parentérale.

- Installer confortablement le malade en décubitus dorsal, de préférence,
- aseptiser la peau de la région antéro-latérale de la ceinture abdominale,
- réaliser un pli cutané entre le pouce et l'index,
- de l'autre, introduire l'aiguille perpendiculairement et entièrement dans l'épaisseur du pli cutané,
- maintenir le pli pendant l'injection pour rester dans le tissus sous cutané,
- retirer l'aiguille, lâcher le pli, appliquer une compresse sèche au point d'injection,
- réinstaller le malade.

Technique d'injection



Zones d'injection



4 - L’INJECTION INTRAMUSCULAIRE

DEFINITION
Injection d’un produit médicamenteux dans le tissu musculaire.

CONSIGNES
- Respect des sites d’injection :
- La région fessière : choisir le ¼ supéro-externe de la fesse afin d’éviter l’atteinte du nerf sciatique ou des vaisseaux.
- 1/3 moyen antéro-externe de la cuisse.
- La partie supérieure antéro-externe du bras si impossibilité d’atteindre le muscle fessier : choix d’une aiguille plus courte.
- Dans le cas d’une série d’injection, alterner les côtés d’injection (fesse droite puis gauche) et utiliser toute la surface du ¼ supéro-externe afin de favoriser une meilleure diffusion du produit
- Attention le muscle fessier ne peut être utilisé chez le nourrisson et le très jeune enfant car il n’est pas suffisamment développé par la marche.
- La quantité du tissu adipeux chez la personne doit déterminer la longueur de l’aiguille utilisée pour atteindre le muscle.

DEROULEMENT DU SOIN
- Préparer l’injection (cf. fiche préparation).
- Installer confortablement le malade de préférence allongé.
- Pour favoriser la détente du muscle fessier lors de l’injection, le fémur doit être en rotation externe : couché sur le ventre avec les orteils tournés vers l’intérieur ou couché sur le côté avec la jambe de dessous allongé et celle de dessus fléchie.
- Repérer le site d’injection et procéder à désinfection cutanée , solution hydroalcoolique pour antisepsie rapide des mains.
- Tendre la peau de la fesse avec le pouce et l’index de l’autre main.
- D’un geste sec et rapide enfoncer l’aiguille jusqu’à l’embase perpendiculairement jusqu’à la peau
- Sans lâcher l’embase, adapter la seringue.

DEUXIEME METHODE
- Adapter l’embase de l’aiguille sur la seringue.
- Tendre la peau de la fesse avec le pouce et l’index de l’autre main.
- D’un geste sec et rapide enfoncer l’aiguille jusqu’à l’embase perpendiculairement jusqu’à la peau.

DANS LES DEUX CAS
- Aspirer légèrement : si du sang apparaît l’aiguille est dans une veine ou artériole, retirer le tout, et recommencer l’injection avec une nouvelle aiguille.
- Injecter lentement le liquide pour faciliter l’absorption et diminuer la douleur.
- Lorsque tout le produit est injecté, comprimer la peau avec une compresse.
- Retirer l’ensemble d’un geste vif : seringue et aiguille tout en maintenant l’embase.
- Jeter l’aiguille dans le collecteur.

COMPLICATIONS
- Retour de sang dans la seringue, lors de la ponction,
- Malaise vagual,
- Douleur au point de ponction,
- Douleur extrêmement vive en cas de ponction du nerf sciatique.

5 - L'INJECTION INTRADERMIQUE

DEFINITION

Injection d'un allergène ou d'un produit médicamenteux dans le derme.

PREREQUIS

- Cf. Fiche de soins sur les injections par voie parentérale.

CONSIGNES

- Suivre les règles d'hygiène et d'asepsie, de sécurité, d'efficacité, de confort,
- respecter les lieux d'injection :
  - essentiellement face interne et externe de l'avant bras,
  - face externe du bras,
  - face externe de la cuisse,
- l'effet « peau d'orange » doit être obtenu : apparition au niveau de la peau d'une petite surélévation blanche et gaufrée,
- s'il s'agit d'un test allergique : encercler le point d'injection d'un trait de stylo afin de pouvoir ultérieurement lire la réaction.

MATERIEL

- Cf. Fiche de soins sur les injections par voie parentérale.

- Stylo indélébile pour récupérer le lieu d'injection si test allergique.

DEROULEMENT DU SOIN

- Cf. Fiche de soins sur les injections par voie parentérale.

- Préparer le matériel et le produit médicamenteux,
- installer confortablement le malade,
- repérer et aseptiser le lieu d'injection,
- d'une main, tendre la peau,
- de l'autre, saisir la seringue et introduire l'aiguille tangentiellement à la peau, le biseau vers le haut,
- dès que le biseau a disparu sous l'épiderme, injecter lentement le produit. Il se forme immédiatement une petite surélévation blanche, gaufrée (peau d'orange),
- exercer près de l'aiguille une légère pression avec une compresse et retirer l'ensemble seringue / aiguille (maintenir l'embase),
- marquer par un dessin l'emplacement de l'injection.

LA PERFUSION INTRAVEINEUSE

DEFINITION

Injection intraveineuse prolongée (d'une quantité donnée), de solutés iso ou hyper toniques, contenant ou non des médicaments.

Les voies veineuses utilisées sont :

- la voie périphérique (veines périphériques),
- la voie centrale (veines jugulaire, sous-clavière..) : le médecin pose le cathéter et la première perfusion. L'infirmier(e) est responsable de la surveillance de la perfusion et des changements de flacons suivants.

LÉGISLATION ET RESPONSABILITÉ

Décret en vigueur : 29 juillet 2004 – Code de la santé publique.

- Titre 1er : profession d'infirmier ou d'infirmière.
- Chapitre 1er
- Article R.4311-7/9

INDICATIONS

- Réhydratation par des solutés,
- hypovolémie,
- restauration de l'équilibre hydro-électrolytique,
- traitement médicamenteux (antibiotiques, catécholamines…),
- nutrition parentérale.

OBJECTIF

- Obtenir une action plus rapide que les autres voies d'administration.

PREREQUIS

- Anatomie vasculaire (P86)
- Pharmacologie et calculs de dose
- Règles d'hygiène et d'asepsie
- Précautions standard

MATERIEL

Spécifique à la préparation :

- Flacons de perfusion et produits médicamenteux selon prescription
- Tubulure, dispositif de réglage de débit, robinet, rampe, boîtier
- Si besoin, pied à sérum et panier à sérum nettoyés et désinfectés

Spécifique à la ponction :

- Protection de lit à usage unique
- Garrot nettoyé et désinfecté
- Matériel sécurisé : cathéter veineux périphérique , butterfly…..

Divers :

- Compresses stériles
- Solutions antiseptiques : moussante, dermique et dermique contenant de l'alcool
- Solution antiseptique pour antisepsie rapide des mains
- Eau stérile
- Tondeuse à lame à usage unique si dépilation nécessaire
- Gants stériles
- Adhésifs de fixation stériles (stéri-strip)
- Pansement adhésif stérile prêt à l'emploi
- Sparadrap de fixation
- Containeur à aiguilles
- Haricot jetable

DEROULEMENT DU SOIN

Préparation d'une perfusion intraveineuse cf fiche technique CLIN
Mise en place d'un cathéter périphérique cf fiche technique CLIN
Réfection d'un pansement de cathéter périphérique cf fiche technique CLIN
Ablation d'un cathéter périphérique cf fiche technique CLIN

EVALUATION

-Respect des critères du soin .

- CONFORMITE AU PROTOCOLE EN VIGUEUR :
- Réaliser la préparation et la pose du flacon de perfusion par la même personne
-Utiliser des matériels opaques, si perfusion de produits se dégradant à la lumière
-Eviter d'écrire au feutre directement sur la poche en plastique (porosité…) .
- Désinfecter tous les bouchons avant leur perforation en vue de l'administration parentérale d'un médicament (recommandation de L'AFSSAPS agence française de sécurité sanitaire des produits de santé).
- Choisir le site d'injection : Préserver le capital veineux : commencer par le réseau veineux bas (main), pour les cycles de perfusion de longue durée ou les cycles de produits veineux corrosifs.
- Eviter le pli du coude pour préserver l'autonomie du patient .
- Utiliser exceptionnellement les veines pédieuses et choisir les veines épicrâniennes pour le nourrisson et l'enfant en bas âge.
- Réaliser un calcul de débit fiable et la tracabilité de la pose (date..)

- SURVEILLANCE DE LA PERFUSION :

Locale

- Surveiller le bras, le point d'insertion (absence de chaleur, rougeur, induration, douleur, œdème).
- Surveiller l'absence d'inflammation et/ou d'extravasation.

Générale

- Pouls, tension artérielle, température.
- Diurèse (équilibre entre les entrées et les sorties).
- Contrôles biologiques sur prescription médicale.
- Surveillance des effets indésirables des médicaments.

Spécifique

- Respecter les cycles, les horaires.
- Rechercher les causes de dysfonctionnement.

Si le débit s'accélère

- Vérifier la présence d'une fuite (tubulure désadaptée).
- Vérifier étanchéité : raccord, robinet, rampe.
- Vérifier le blocage de la roulette, s'assurer que le patient n'accélère pas le débit.

Si le débit ralentit

- Vérifier l'efficacité de la prise d'air.
- S'assurer que la tubulure n'est pas coudée et que le filtre n'est pas noyé.
- Vérifier le point d'injection : aiguille collabée à la veine, …

Si le débit s'interrompt :

- Vérifier que le cathéter n'est pas bouché.
- S'assurer qu'il n'y a pas de diffusion du produit dans les tissus (extravasation).

NB : Cas de perfusion discontinue où le cathéter est muni d'un obturateur

- avant le branchement de la tubulure retirer l'obturateur,
- brancher la tubulure, vérifier le retour veineux.

BIBLIOGRAPHIE

- Fiches de soins infirmiers Pascal Hallouët/Jérome Eggers.
- Evelyne Malaquin . Pavan édition Masson 2004.
- Protocoles CLIN APHM.
- Cahier n°11 L'infirmière magazine mars 2004.
- S.F.H.H. Recommandations pour la pratique clinique.

AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 06. 02. 01.
PREPARATION D'UNE PERFUSION INTRAVEINEUSE	
Niveau de preuve : 1	
Date de la diffusion : septembre 2002 Version : 03	Rédigée par : IDE CLIN Vérifiée par : E.O.H.H. CLIN Approuvée par : C.L.I.N.

9. Fiche technique

Objectif : préparer des solutés de perfusion de façon aseptique, avec un minimum de manipulations.

Quand ? Sur prescription médicale.

Qui ? Médecins, S-F, IDE et IDE spécialisée, MERM.

Matériel :

- un haricot, et un conteneur à objets piquants tranchants,
- les produits médicamenteux et le soluté en fonction de la prescription médicale,
- un set de transfert OU trocarts stériles à usage unique, et seringues stériles à usage unique de contenance adaptée,
- une tubulure de perfusion stérile à usage unique, et panier pour flacon en verrerie,
- des compresses stériles,
- solution antiseptique dermique (Cf. P.E. 04. 01. 06.), contenant de l'alcool.

Technique :

- Avoir à sa disposition la prescription médicale écrite, datée et signée.
- Etre en tenue de travail propre, adaptée au secteur d'activité, cheveux attachés.
- Réaliser une désinfection par friction des mains (Cf. P.E. : 04. 05. 02.) puis préparer sur le plan de travail le nécessaire à la préparation de la perfusion.
- Vérifier les dates de péremption des produits et des matériels, la limpidité et l'intégrité des perfusats.
- Réaliser un lavage antiseptique des mains (Cf. P.E. : 04. 05. 01. 02.).
- Enlever les opercules, et désinfecter tous les bouchons en les arrosant de solution antiseptique dermique contenant de l'alcool, en laissant en contact environ pendant une minute avant d'essuyer l'excédent avec une compresse ; si besoin d'ampoule(s), saisir l'embout autocassable à l'aide d'une compresse imprégnée de solution antiseptique dermique contenant de l'alcool pour le casser.
- Ouvrir les emballages des matériels stériles pour permettre leur préhension sans faute d'asepsie.
- Disposer la tubulure munie de sa prise d'air dans le flacon, purger la tubulure, puis clamper.
- Adapter trocart et seringue pour préparer les produits à injecter dans le flacon de perfusat : vérifier l'absence de précipité.
- Jeter au fur et à mesure les déchets dans le haricot et éliminer les matériels piquants tranchants dans le conteneur.
- Inscrire sur le flacon préparé le nom du patient, le numéro de la chambre, le contenu du perfusat et la durée de la perfusion.
- Jeter ce qui doit l'être, nettoyer et ranger le matériel, puis réaliser un traitement adapté des mains adapté à l'activité à suivre.

Si utilisation de sets de transfert, respecter les recommandations du fabricant pour les manipulations après avoir correctement désinfecter les bouchons en les arrosant de solution antiseptique dermique contenant de l'alcool.

10. Grille d'évaluation

Observation	Items	critères		
		oui	non	remarques
D	Tenue vestimentaire adaptée			
D	Désinfection par friction des mains			
D	Plan de travail nettoyé et désinfecté			
	Vérification des produits			
D + L	- date de péremption			
D	- intégrité des flacons			
D	- limpidité des solutions			
D	Lavage antiseptique des mains			
D	Manipulations sans fautes d'asepsie			
D	Evacuation des déchets			
D + L	Flacon perfusion identifié			
D + L	Désinfection bouchons avant utilisation set de transfert			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

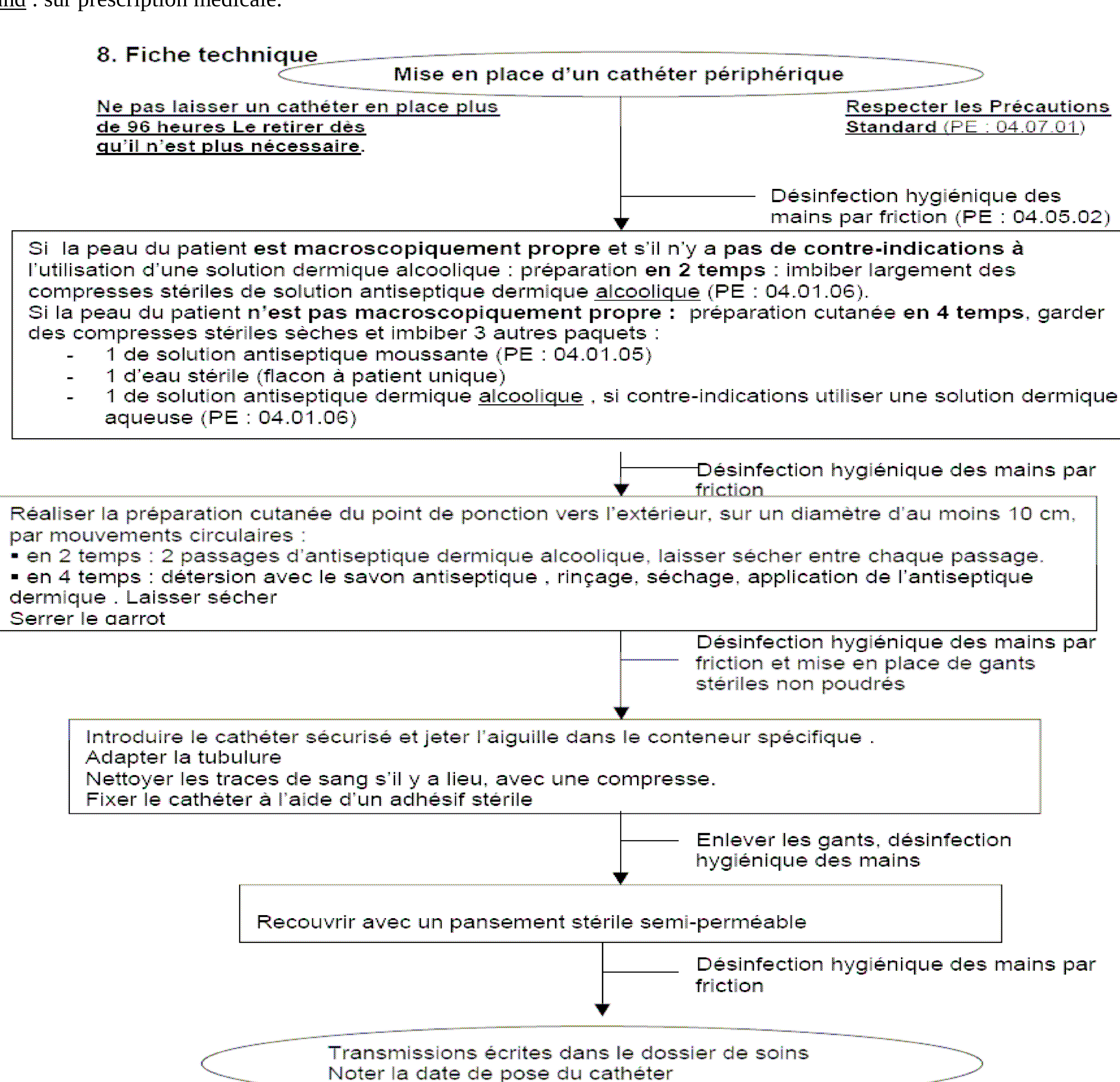
AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 06. 02. 03.
Le cathéter veineux périphérique	
Niveau de preuve : 3	
Date de la diffusion : Mai 2008 Version : 04 Nombre de pages : 1/8	Rédigée par : Cadre de santé, EOHH CLIN Vérifiée par : EOHH CLIN Approuvée par : Pr LASCOLA, Président du CLIN

1. Objet

Objectif global : mise en place, entretien et retrait d'un système d'abord veineux périphérique.
Objectif spécifique : réduire le risque infectieux (local, régional ou général).

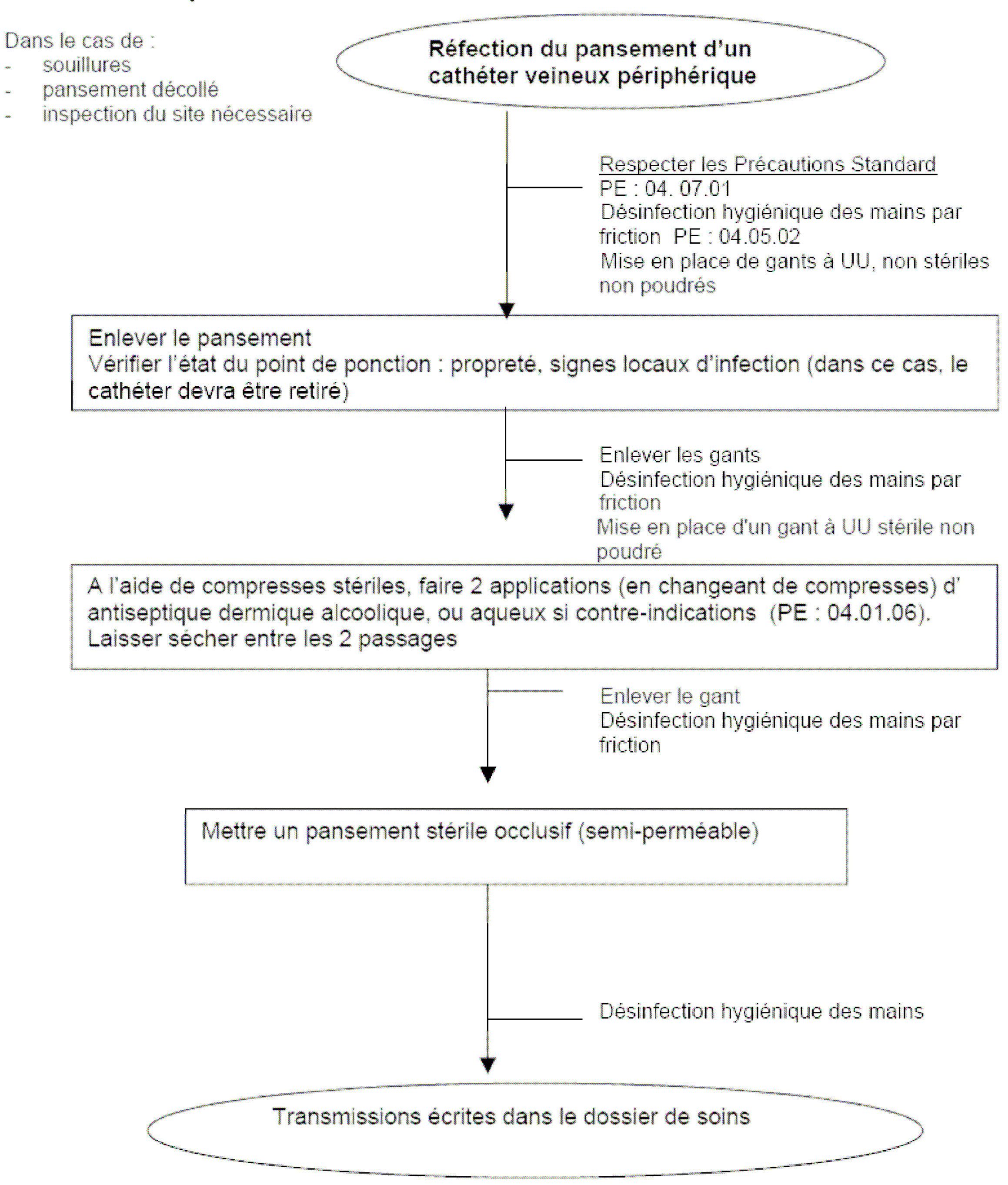
2. Domaine d'application

Par : Médecins, Sages-Femmes, Infirmièr(e)s Diplômé(e)s d'Etat et spécialisé(e)s, Manipulateurs en ElectroRadiologie Médicale.
Quand : sur prescription médicale.

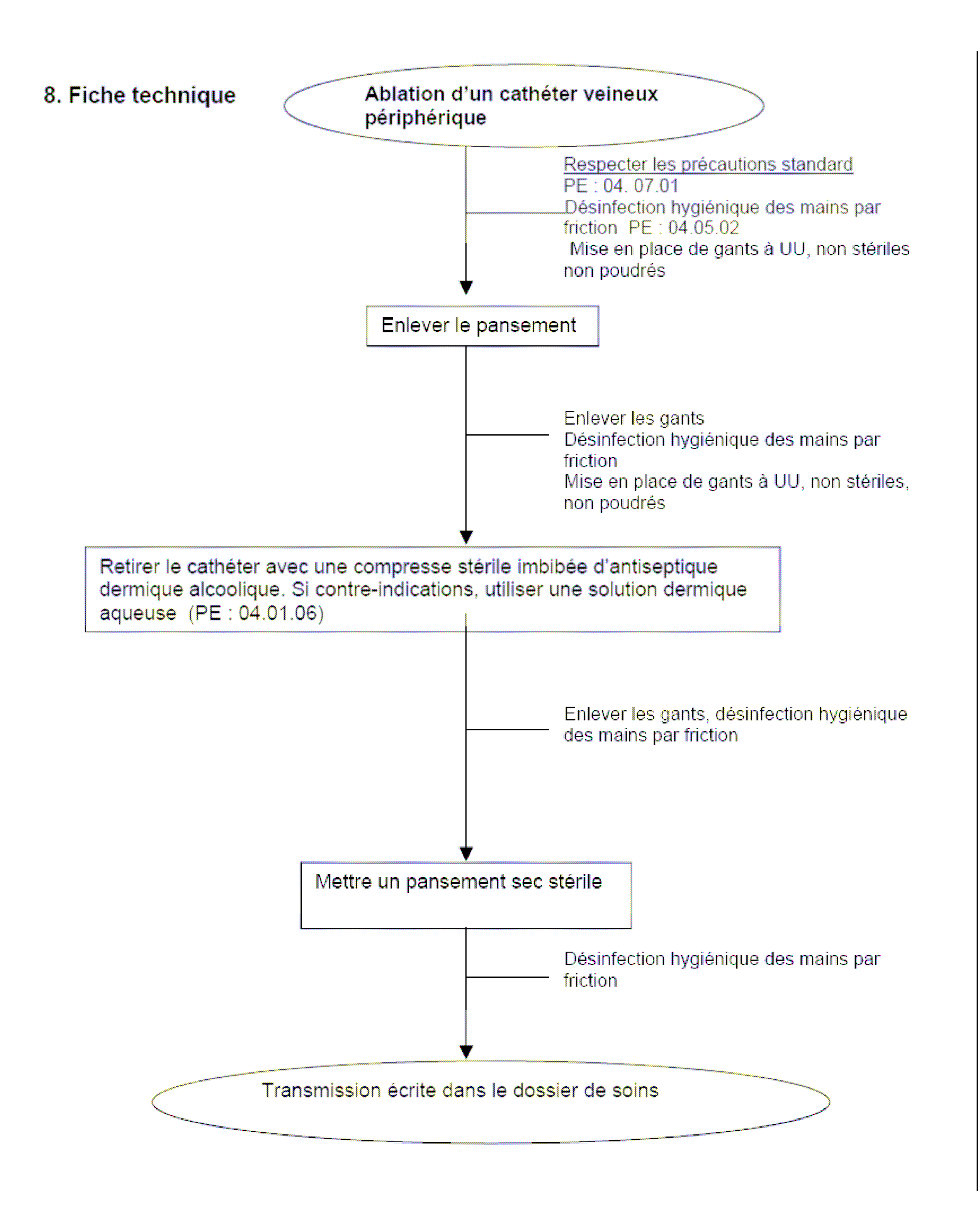


8. Fiche technique

Dans le cas de :
- souillures
- pansement décollé
- inspection du site nécessaire



8. Fiche technique



9. Grille d'évaluation : Mise en place d'un cathéter périphérique

Observation	Items	critères		
		oui	non	remarques
D	Respect des Précautions Standard[1]			
D	Désinfection hygiénique des mains par friction			
	Préparation cutanée du point d'insertion			
D	- En 2 temps si la peau est macroscopiquement propre[2] et en l'absence de contre-indications à l'utilisation d'une solution alcoolique			
D	- En 4 temps[3] si la peau n'est pas macroscopiquement propre			
D	Désinfection hygiénique des mains par friction Mise en place de gants stériles non poudrés avant ponction			
D	Fixation du cathéter			
D	Ablation des gants et désinfection hygiénique des mains par friction			
D	Pansement occlusif stérile			
D	Désinfection hygiénique des mains par friction			
L	Transmissions écrites sur dossier de soins			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items

D = source d'observation directe, L = source d'observation écrite, donc lecture

Critères

oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait

remarques : élément qui peut expliciter le « non »

[1] Précautions standard : si risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques : lavage et /ou désinfection des mains, port de gants, de lunettes ou de masque si risque de projection. **Utilisation d'un catheter sécurisé, de conteneur spécifique pour l'élimination des piquants/tranchants,** nettoyage et désinfection des surfaces souillées et du matériel réutilisable.

[2] 2 temps : 2 passages d'un antiseptique dermique alcoolique (sauf contre-indications). Laisser sécher entre les deux

[3] 4 temps : savonnage avec un savon antiseptique, rinçage à l'eau stérile (flacon à patient unique), séchage, application d'un antiseptique dermique de même gamme : alcoolique en l'absence de contre-indications ou aqueux.

9. Grille d'évaluation : **Réfection du pansement de cathéter périphérique**

Observation	Items	critères		
		oui	non	remarques
D	Respect des Précautions Standard[4]			
D	Désinfection hygiénique des mains par friction			
D	Mise en place de gants à UU, non stériles non poudrés			
D	Ablation du pansement puis des gants			
D	Désinfection hygiénique des mains par friction			
D	Mise en place d'un gant à UU stérile non poudré			
D	Application d'un antiseptique dermique en 2 passages Laisser sécher entre les 2 passages			
D	Ablation du gant puis désinfection hygiénique des mains par friction			
D	Mise en place d'un pansement stérile occlusif			
D	Désinfection hygiénique des mains par friction			
L	Transmissions écrites sur dossier de soins			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items

D = source d'observation directe, L = source d'observation écrite, donc lecture

Critères

oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait
remarques : élément qui peut expliciter le « non »

[4] Précautions standard : si risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques : lavage et /ou désinfection des mains, port de gants, de lunettes ou de masque si risque de projection, utilisation de conteneur spécifique pour l'élimination des piquants/tranchants, nettoyage et désinfection des surfaces souillées et du matériel réutilisable.

9. Grille d'évaluation : Ablation du cathéter périphérique

Observation	Items	critères		
		oui	non	remarques
D	Respect des Précautions Standard[5]			
D	Désinfection hygiénique des mains par friction			
D	Mise en place de gants à UU, non stériles non poudrés			
D	Ablation du pansement puis des gants			
D	Désinfection hygiénique des mains par friction			
	Mise en place de gants à UU, non stériles non poudrés			
D	Retrait du cathéter avec une compresse stérile imbibée d'un antiseptique dermique			
D	Oter les gants puis désinfection hygiénique des mains par friction			
D	Mise en place d'un pansement sec stérile			
D	Désinfection hygiénique des mains par friction			
L	Transmissions écrites sur dossier de soins			

Référentiel grille d'évaluation

<u>Obs</u>ervation des items

D = source d'observation directe, L = source d'observation écrite, donc lecture

<u>Critères</u>

oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait

remarques : élément qui peut expliciter le « non »

[5] Précautions standard : si risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques : lavage et /ou désinfection des mains, port de gants, de lunettes ou de masque si risque de projection, utilisation de conteneur spécifique pour l'élimination des piquants/tranchants, nettoyage et désinfection des surfaces souillées et du matériel réutilisable.

LE CHARIOT DE SOINS

PREPARATION DU CHARIOT

- Vider et nettoyer le chariot et la poubelle avec le désinfectant prêt à l'emploi : avant et après chaque pansement (date de préparation notée sur le flacon).
- Laisser sécher (temps d'action du désinfectant), ne pas rincer.
- Evaluer le matériel nécessaire.

Etage supérieur du chariot (plan de travail) :
- antiseptiques : pour les mains et pour la réalisation du pansement avec date d'ouverture notée sur les flacons (21 jours),
- utiliser les antiseptiques d'une même gamme pour un même pansement (ex :iode et chloréxidine) et de l'eau stérile pour le rinçage,
- cupule propre.

Etage moyen (rangement du matériel propre et stérile) :
- matériel stérile : champs, compresses,PPA(petit pansement adulte),
- thérapeutiques prescrites : tulle gras, antibiotulle,
- matériel propre : protection(absorbex), gants, sparadrap…,
- ciseaux décontaminés sur compresse.

Etage inférieur (matériel souillé) :
- haricot contenant un produit décontaminant pour les pinces souillées,
- container pour objet dangereux : piquant ou tranchant (aiguille, lame de bistouri),
- haricot jetables pour les compresses souillées.

DEROULEMENT DU SOIN

1er étape :
- prévoir et vérifier la propreté de la chambre (ménage fait),
- prévenir le patient et organiser l'espace de soin,
- réaliser un lavage antiseptique des mains puis se rendre auprès du patient avec le chariot,
- mettre le dispositif de signalisation de présence, vérifier fermetures portes et fenêtres,
- installer confortablement le patient en respectant sa pudeur et placer la protection si besoin (drap ou absorbex),
- s'installer avec confort : lit à hauteur, poubelle du chariot à l'opposé du patient (mais pas contre le lit du voisin !), veiller à ne pas tourner le dos au patient.

2ème étape :
- faire une antisepsie rapide des mains,
- disposer le matériel nécessaire pour le pansement :
    - les pinces et les compresse stériles,
    - ouvrir les flacons nécessaires sur le plan de travail,
- mettre des gants jetables propres pour ôter le pansement sale sans toucher la plaie, l'observer et mettre le tout dans la poubelle du chariot, observer la plaie,
- faire antisepsie rapide des mains,
- si nécessaire mettre le champs stérile.

3ème étape :

- faire un tampon au dessus du champs stérile et l'imbiber au dessus de la cupule propre,
- selon protocole CLIN : effectuer la détersion et l'antisepsie de la plaie puis du pourtour de la plaie de façon minutieuse en respectant le mode d'utilisation du produit (effectuer : la détersion, le rinçage et séchage et appliquer l'antisepsie) ou protocole du service,
- couvrir la plaie avec des compresses stériles et appliquer sparadrap ou bande,
- ôter la protection et ou le champs stérile.

4ème étape :

- réinstaller le patient, veiller à son confort (sonnette, tablette etc…) et à la satisfaction d'un éventuel besoin (boire …),
- reboucher les flacons utilisés,
- déposer les pinces souillées dans le haricot et, si besoin, la lame dans le container,
- vider le haricot contenant les compresses souillées dans la poubelle,
- fermer la poubelle avant de sortir de la chambre, près de la porte d'entrée,
- faire une antisepsie rapide des mains,
- enlever le dispositif de présence,
- mettre le champs et la poubelle dans le local approprié,
- réaliser un lavage antiseptique des mains,
- nettoyer et ranger le chariot dans la salle de soins,
- effectuer les transmissions écrites et orales dans le dossier de soins.

EVALUATION

- Respect des critères du soin : sécurité, efficacité, confort et économie.
- Respect du temps de réalisation pour le confort du patient et la sécurité du soin.
- Evaluation de la plaie : évolution de la cicatrisation (transmissions écrites et orales).
- Evaluation du pansement : occlusif, confortable et esthétique,
- Pas de signe d'allergie (peau, périphérie eczémateuse ou fragilisée).

AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 06. 05. 10.
ENTRETIEN DU CHARIOT DE SOINS	
Niveau de preuve : 3	
Date de la diffusion :septembre 2003 Version : 01	Rédigée par : IDEs CLIN Vérifiée par : EOHH CLIN Approuvée par :

9. Fiche technique

Objectif : éviter que le chariot ne soit une source de contamination.

Quand ? Avant chaque utilisation

Qui ? Sage-Femme, IDE et/ou IDE spécialisé(e), MERM, AS et/ou AP sous la responsabilité du Cadre de Santé

Matériel :

- chariot de soins,
- solution nettoyante - désinfectante pour surfaces hautes (Cf. P.E. : 04. 01. 15.),
- chiffonnette à usage unique,
- gants à usage unique.

Technique :

- Etre en tenue de travail adaptée au secteur d'activité.
- Réaliser un lavage simple des mains (Cf. P.E. : 04. 05. 01. 01.).
- Mettre des gants à usage unique.
- Vaporiser le produit détergent - désinfectant prêt à l'emploi sur les plans horizontaux du chariot de haut en bas : quand l'effet mousse se dissipe, essuyer avec la chiffonnette toujours de haut en bas, sans oublier les montants verticaux entre chaque plateau.
- Laisser sécher.
- Jeter la chiffonnette.
- Enlever les gants et les jeter.
- Effectuer un lavage simple des mains.
- Equiper le chariot en fonction du soin à réaliser.

10. Grille d'évaluation

Observation	**items**	critères		
		oui	non	remarques
D	Tenue vestimentaire adaptée			
D	Lavage simple des mains			
D	Port de gants à usage unique			
D	Utilisation bon produit pour nettoyage - désinfection			
D	Technique d'entretien respectée, de haut en bas			
D	Evacuation des matériels utilisés à usage unique			
D	Lavage simple des mains			
D + L	Equipement du chariot en fonction du soin à réaliser			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

LE PANSEMENT SIMPLE STERILE

DEFINITION
C'est le recouvrement d'une plaie par un dispositif de protection cutanée occlusif.

LEGISLATION ET RESPONSABILITE
Décret en vigueur : 29 juillet 2004 – Code de la santé publique
- Titre du texte : Profession d'infirmier ou d'infirmière
- Chapitre : 1er - Article : R4311-75

INDICATION
- Plaies chirurgicales.
- Plaies traumatiques.

OBJECTIFS
- Eviter toute contamination microbienne de la plaie.
- Surveiller l'évolution de la cicatrisation.

PRE-REQUIS
- Règles générales pour effectuer un soin.
- Connaissances dans le domaine de l'hygiène.
- Connaissances des premiers signes d'une infection locale.

MATERIEL
- Cf : fiche du CLIN et fiche de préparation du chariot

BIBLIOGRAPHIE

- Fiches de soins infirmiers : P. Hallouet et J. Eggers, Ed. : Masson.
- Livre blanc du CLIN AP-HM.

AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 06. 05. 11.
REFECTION DU PANSEMENT SIMPLE MEDICAMENTEUX	
Niveau de preuve : 3	
Date de la diffusion :septembre 2003 Version : 01	Rédigée par : IDEs CLIN Vérifiée par : EOHH CLIN et unités soins (*) Approuvée par : C.L.I.N.

9. Fiche technique

Objectif : protéger une plaie d'une possible contamination, absorber des exsudats sanglants, appliquer une thérapeutique, un antiseptique et éviter toute contamination lors de la réfection d'un pansement.

Quand ? Sur prescription médicale et si le pansement n'est plus occlusif.

Qui ? Médecin, Sage-Femme, IDE ou IDE spécialisé(e), MERM.

Matériel :
- chariot de soin ou plateau, nettoyé et désinfecté,
- haricot si besoin, 1 poubelle à ouverture non manuelle, protection de lit à usage unique imperméable si nécessaire,
- 1 contenant pour la décontamination du matériel,
- 1 plateau avec des pinces stériles,
- si besoin 1 paire de ciseaux nettoyée et désinfectée, ou une lame de bistouri montée à usage unique stérile,
- gants stériles non talqués selon la technique choisie, et gants à usage unique, non talqués,
- compresses stériles,
- pansement(s) adhésif(s) stérile(s), et sparadrap si besoin,
- solution antiseptique moussante (Cf. P.E. : 04. 01. 05.),
- solution antiseptique dermique de la même gamme que la solution moussante (Cf. P.E. : 04. 01. 06.),
- eau stérile ou sérum physiologique à patient unique,
- solution hydro-alcoolique (Cf. P.E. : 04. 01. 11.),
- collecteur à objets piquants, tranchants, si nécessaire,
- produit nettoyant - décontaminant pour l'instrumentation médico-chirurgicale (Cf. P.E. : 04. 01. 20), si nécessaire.

Technique :
- Etre en tenue propre adaptée au secteur d'activité.
- Respecter les Précautions Standard tout au long du soin.
- Contrôler la prescription médicale sur le dossier de soins infirmiers.
- Informer le patient du geste qui va être réalisé.
- Fermer les fenêtres et les portes de la pièce où le pansement va être réalisé.
- Réaliser un lavage antiseptique des mains (Cf. P.E. : 04. 05. 01. 02.).
- Préparer le matériel sur le chariot de soins ou le plateau préalablement nettoyé, désinfecté.
- Installer le patient confortablement et en position adaptée en fonction du pansement à réaliser - après la toilette et la réfection du lit, pour respecter sa sécurité et sa pudeur.
- Mettre une protection de lit si nécessaire.
- Réaliser une friction des mains avec une solution hydro-alcoolique (Cf. P.E. : 04. 05. 02.).
- Oter le pansement avec un gant non stérile à usage unique.
- Jeter le pansement et le gant dans le haricot.
- Observer la plaie.

Il est impératif d'effectuer la réfection du pansement immédiatement

- Réaliser un traitement hygiénique des mains par friction.
- Ouvrir les emballages des paquets stériles sur le plan de travail du chariot de soins, ou le plateau, sans faute d'asepsie.
- Dévisser les bouchons des flacons des solutions et ouvrir les flaconnages.
- Enfiler le gant stérile ou se saisir des pinces stériles côté préhension.
- **Déterger** la plaie **du centre vers la périphérie** à l'aide de compresses imbibées d'antiseptique moussant.
- Changer de compresses autant de fois que nécessaire.
- **Rincer** la plaie au sérum physiologique ou à l'eau stérile.
- **Sécher** la plaie.
- **Appliquer** l'antiseptique dermique **du centre vers la périphérie**.
- Laisser sécher.
- Recouvrir la plaie suivant la prescription médicale.
- Réinstaller le patient.
- Evacuer les déchets.
- Immerger les pinces utilisées immédiatement dans le bac contenant la solution de nettoyant - décontaminant pour l'instrumentation médico-chirurgicale.
- Nettoyer et désinfecter puis ranger ce qui doit l'être, en particulier le chariot de soins (Cf. P.E. 04. 06. 05. 10.).
- Réaliser un lavage antiseptique des mains.
- Noter le soin sur le document approprié.

10. Grille d'évaluation

Observation	**items**	critères		
		oui	non	remarques
D	Port tenue propre adaptée au secteur d'activité			
D	Respect des Précautions Standard tout au long du soin			
D + L	Prescription médicale contrôlée			
D	Traitement hygiénique des mains réalisé			
D	Chariot de soins ou plateau nettoyé et désinfecté			
D	les 4 temps respectés			
	- détersion			
	- rinçage			
	- séchage			
	- antisepsie			
D	Technique respectée du centre vers la périphérie			
D	Immersion immédiate du matériel			
D	Traitement hygiénique des mains réalisé			
D + L	Transmissions écrites sur document approprié			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 06. 05. 12.
REFECTION DU PANSEMENT AVEC DRAINAGE	
Niveau de preuve : 3	
Date de la diffusion :septembre 2003 Version : 01	***Rédigée par : IDEs CLIN*** Vérifiée par : EOHH CLIN et unités soins (*) Approuvée par : C.L.I.N.

9. Fiche technique

Objectif : protéger une plaie d'une possible contamination, évacuer par un système de drainage des exsudats, des gaz physiologiques et éviter toute contamination lors de la réfection d'un pansement.

Quand ? Sur prescription médicale et si le pansement n'est plus occlusif.

Qui ? Médecin, Sage-Femme, IDE ou IDE spécialisé(e).

Matériel :

- chariot de soin, nettoyé et désinfecté,
- haricot,
- 1 poubelle à ouverture non manuelle,
- 1 contenant pour la décontamination du matériel, si nécessaire,
- 1 plateau avec des pinces stériles,
- si besoin 1 paire de ciseaux nettoyée et désinfectée, ou une lame de bistouri montée à usage unique stérile.
- matériel spécifique selon le type de drainage,
- gants stériles non talqués selon la technique choisie,
- gants à usage unique, non talqués,
- compresses stériles,
- pansement(s) adhésif(s) stérile(s),
- sparadrap si besoin,
- solution antiseptique moussante (Cf. P.E. : 04. 01. 05.),
- solution antiseptique dermique de la même gamme que la solution moussante (Cf. P.E. : 04. 01. 06.),
- solution hydroalcoolique (Cf. P.E. : 04. 01. 11.),
- eau stérile ou sérum physiologique à patient unique,
- matériel de prélèvement bactériologique si prescription médicale,
- tablier ou surblouse à usage unique si besoin,
- pansement « américain » stérile,
- protection de lit à usage unique imperméable,
- collecteur à objets piquants, tranchants, si nécessaire,
- produit nettoyant - décontaminant pour l'instrumentation médico-chirurgicale (Cf. P.E. : 04. 01. 20), si nécessaire.

Technique :

- Etre en tenue propre adaptée au secteur d'activité.
- Respecter les précautions Standard tout au long du soin.
- Contrôler la prescription médicale sur le dossier de soins infirmiers.
- Informer le patient du geste qui va être réalisé, et fermer les fenêtres et les portes de la pièce où le pansement va être réalisé.
- Réaliser un lavage antiseptique des mains (Cf. P.E. : 04. 05. 01. 02.).
- Préparer le matériel sur le chariot de soins préalablement nettoyé, désinfecté.
- Revêtir la surblouse ou le tablier à usage unique si besoin.
- Installer (après la toilette et la réfection du lit) le patient confortablement et en position adaptée en fonction du pansement à réaliser, pour respecter sa sécurité et sa pudeur.

- Mettre une protection de lit imperméable puis réaliser un traitement hygiénique des mains par friction (Cf. P.E. : 04. 05. 02.).
- Oter le(s) pansement(s) avec un gant non stérile à usage unique, et jeter le pansement et le gant dans le haricot.
- Observer la plaie, et réaliser un prélèvement bactériologique si prescription médicale.

Il est impératif d'effectuer la réfection du pansement immédiatement.

- Réaliser une friction des mains avec une solution hydro-alcoolique.
- Ouvrir les emballages des paquets stériles sur le plan de travail du chariot de soins, ou le plateau, sans faute d'asepsie.
- Dévisser les bouchons des flacons des solutions et ouvrir les flaconnages.
- Enfiler le gant stérile ou se saisir des pinces stériles côté préhension.

Quelque soit le système de drainage, l'antisepsie cutanée se fera de la région la moins contaminée vers la région la plus contaminée.

- **Déterger** la plaie **du centre vers la périphérie** à l'aide de compresses imbibées d'antiseptique moussant. : changer de compresses autant de fois que nécessaire.
- **Rincer** la plaie au sérum physiologique ou à l'eau stérile.
- **Sécher** la plaie, **Appliquer** l'antiseptique dermique **du centre vers la périphérie**, Laisser sécher.
- Isoler au fur et à mesure par des compresses chaque région traitée.
- Couvrir la plaie et prévoir un pansement « américain » stérile si écoulement.
- Immerger immédiatement les pinces dans la solution de nettoyant - décontaminant ou enlever et jeter les gants.
- Réaliser une friction des mains avec une solution hydro-alcoolique et réinstaller le patient.
- Jeter la blouse ou le tablier à usage unique utilisé(e) puis évacuer les déchets.
- Nettoyer et désinfecter puis ranger ce qui doit l'être, en particulier le chariot de soins (Cf. P.E. 04. 06. 05. 10.).
- Noter le soin sur le document approprié.

10. Grille d'évaluation

Observation	**items**	critères		
		oui	non	remarques
D	Port tenue propre adaptée au secteur d'activité			
D	Respect des Précautions Standard tout au long du soin			
D + L	Prescription médicale contrôlée			
D	Traitement hygiénique des mains réalisé			
D	Chariot de soins ou plateau nettoyé et désinfecté			
D	les 4 temps respectés			
	- détersion			
	- rinçage			
	- séchage			
	- antisepsie			
D	Technique respectée du centre vers la périphérie			
D	Immersion immédiate du matériel			
D	Traitement hygiénique des mains réalisé			
D + L	Transmissions écrites sur document approprié			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

9. Fiche technique

Objectif : absorber des exsudats sanglants ou purulents, appliquer une thérapeutique, et protéger une plaie infectée et éviter une surinfection par la réfection du pansement.

Quand ? Sur prescription médicale, et après la réfection des pansements non infectés.

Qui ? Médecin, Sage-Femme, IDE et/ou IDE spécialisé(e).

Matériel :

- chariot de soin, nettoyé et désinfecté,
- haricot,
- 1 poubelle à ouverture non manuelle,
- collecteur à objets piquants, tranchants, si nécessaire,
- protection de lit à usage unique imperméable,
- 1 contenant pour la décontamination du matériel, si nécessaire,
- 1 plateau avec des pinces stériles,
- si besoin 1 paire de ciseaux nettoyée et désinfectée, ou une lame de bistouri montée à usage unique stérile.
- gants stériles non talqués selon la technique choisie,
- gants à usage unique non talqués,
- compresses stériles,
- pansements adhésifs stériles,
- sparadrap si besoin,
- solution antiseptique moussante (Cf. P.E. : 04. 01. 05.),
- solution antiseptique dermique de la même gamme que la solution moussante (Cf. P.E. : 04. 01. 06.),
- solution hydro-alcoolique (Cf. P.E. : 04. 01. 11.),
- eau stérile ou sérum physiologique à patient unique,
- matériel de prélèvement bactériologique si prescription médicale,
- surblouse ou tablier à usage unique selon le type d'isolement septique prescrit,
- pansement « américain » stérile,
- produit nettoyant - décontaminant pour l'instrumentation médico-chirurgicale (Cf. P.E. : 04. 01. 20), si nécessaire.

Dans le cas d'un isolement septique (Cf. P.E. : 04. 07. 03.), nous vous rappelons que le chariot de soins de rentre pas dans la chambre et donc que le matériel nécessaire à la réfection du pansement devra être disponible dans la chambre, et renouvelé en quantité nécessaire et suffisante.

Technique

- Etre en tenue propre adaptée au secteur d'activité.
- Respecter les Précautions Standard tout au long du soin.
- Contrôler la prescription médicale sur le dossier de soins infirmiers.
- Informer le patient du geste qui va être réalisé.
- Fermer les fenêtres et les portes de la pièce où le pansement va être réalisé.
- Réaliser une désinfection hygiénique des mains (Cf. P.E. : 04. 05. 01. 02.).
- Préparer le matériel sur le chariot de soins ou le plateau préalablement nettoyé, désinfecté.

- Installer le patient confortablement et en position adaptée en fonction du pansement à réaliser - après la toilette et la réfection du lit, pour respecter sa sécurité et sa pudeur.
- Mettre une protection de lit à usage unique, réaliser un traitement hygiénique des mains par friction (Cf. P.E. : 04. 05. 02.).
- Oter le pansement avec un gant non stérile à usage unique.
- Jeter le pansement et le gant dans le haricot.
- Observer la plaie.
- Réaliser le prélèvement bactériologique si prescription, il est impératif d'effectuer la réfection du pansement immédiatement.
- Réaliser un traitement hygiénique des mains par friction.
- Ouvrir les emballages des paquets stériles sur le plan de travail du chariot de soins, ou le plateau, sans faute d'asepsie.
- Dévisser les bouchons des flacons des solutions, ouvrir les flaconnages.
- Enfiler le gant stérile ou se saisir des pinces stériles côté préhension.
- **Déterger** la plaie **du centre vers la périphérie** à l'aide de compresses imbibées d'antiseptique moussant.
- Changer de compresses autant de fois que nécessaire.
- **Rincer** la plaie au sérum physiologique ou à l'eau stérile.
- **Sécher** la plaie.
- **Appliquer** l'antiseptique dermique **du centre vers la périphérie**.
- Laisser sécher.
- Recouvrir la plaie suivant la prescription médicale.
- Réinstaller le patient.
- Jeter la surblouse ou le tablier utilisé(e), et évacuer les déchets.
- Immerger les pinces utilisées immédiatement dans le bac contenant la solution de nettoyant - décontaminant pour l'instrumentation médico-chirurgicale.
- Nettoyer et désinfecter puis ranger ce qui doit l'être, en particulier le chariot de soins (Cf. P.E. 04. 06. 05. 10.).
- Réaliser un lavage antiseptique des mains.
- Noter le soin sur le document approprié.

10. Grille d'évaluation

Observation	**items**	critères		
		oui	non	remarques
D	Etre en tenue propre adaptée au secteur d'activité			
D	Respect des Précautions Standard tout au long du soin			
D + L	Contrôler la prescription médicale			
D	Réaliser traitement hygiénique des mains			
D	Chariot de soins ou plateau nettoyé et désinfecté			
D	Eléments de protection revêtus			
D	Respecter les 4 temps			
	- détersion			
	- rinçage			
	- séchage			
	- antisepsie			
D	Technique respectée du centre vers la périphérie			
D	Immersion immédiate du matériel			
D	Réaliser traitement hygiénique des mains			
L	Transmissions écrites sur document approprié			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 04. 01.
CIRCUIT DU LINGE DANS LES SERVICES HOSPITALIERS	
Niveau de preuve : 3	
Date de la diffusion : Novembre 2007 Version : 01 Nombre de pages : 1/5	Rédigée par : IDES - EOHH Vérifiée par : Médecins EOHH, responsables lingeries des sites Approuvée par : Président du CLIN

1. Objet

Objectif global : décrire des procédures concernant la filière du linge au sein des services, afin de maîtriser le risque infectieux.

2. Domaine d'application

Par : tout le personnel hospitalier
Quand : à chaque manipulation

3. Glossaire

LINGE PROPRE , LINGE SALE

4. Documents de référence disponibles auprès du CLIN AP-HM

- « recommandation concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médicaux sociaux » C.CLIN SUD-OUEST 2004.
- avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France section des maladies transmissibles relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale (séance du 27 juin 2003).
- "la fonction linge dans les établissements de santé", ministère Emploi et Solidarité, septembre 2001.
- "hygiène appliquée à la fonction linge dans les établissements de santé", COTHEREROS, 2000.
- « circulaire DGS/DH N°98-249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé ».

5. Protocole

5.1 <u>le linge propre</u>

- Réaliser un contrôle visuel sur le respect des règles de protection du linge livré en lingerie relais. Cette protection doit être hermétique (housse ou armoire).
- Effectuer une traçabilité de ce contrôle (écrite ou informatique).
- Transporter le linge vers les unités, dans des armoires roulantes fermées, nettoyées et désinfectées.
- Manipuler le linge propre après avoir réalisé un traitement hygiénique des mains par friction (P.E. : 04.05.02) ou un lavage antiseptique (P.E. : 04.05.01.02).
- Au niveau des unités, conserver le linge à l'abri de la contamination, de préférence dans des armoires roulantes fermées. En cas d'utilisation d'un local de stockage spécifique au linge propre, celui-ci doit être nettoyé/désinfecté régulièrement et avoir les portes fermées.
- Tout linge sorti de son lieu de stockage et non utilisé, doit être assimilé à du linge sale.
- Changer systématiquement les couvertures et couvre- lits entre chaque patient.

5.2 <u>le linge sale</u>

- Porter des gants et un tablier à usage unique dans le cadre de l'application des précautions standard (P.E. : 04.07.01.)
- Eviter de créer un aérosol en manipulant le linge : manipuler les différents articles avec des gestes mesurés, c'est à dire, ne pas les secouer
- Vérifier soigneusement l'absence d'objets étrangers (scalpels, sparadrap, dentiers, télécommandes, lunettes, bassins, déchets …)
- Utiliser des sacs à linge propres ou à usage unique, disposés sur des supports adaptés nettoyés et désinfectés après usage.
- Trier au lit du patient le linge sale par catégorie, en respectant les codes couleurs de l'établissement. Ne pas le déposer au sol (Cf Tableau récapitulatif des codes couleurs par établissement)

Tableau récapitulatif des codes couleurs par établissement :

Conception	Hôpital Nord	Hôpitaux Sud	Timone			
Bleu rayé	draps	Bleu	Draps	Blanc Catégories mélangées	Draps Couvertures Couvre-lits Taies Chemises patients	Sac plastique blanc Catégories séparées Draps
Marron rayé	Couvertures Couvre lits	Marron	Couvre-lits Couvertures	Petit linge : chemises taies		
Rouge rayé	Petit linge : taies, chemises, molletons …	Blanc	Petit linge: chemises, taies, traversins molletons	Couvertures Couvre lits		
Linge de bloc opératoire						
Gris	Tenues en coton des brûlés	Tenues personnel réanimations				
Jaune Rayé blanc	Pyjama de bloc (verts et bleues)	Rose	Tenues du personnel des urgences	Tenues personnalisées		
Jaune uni	Tous les articles des brûlés sauf les tenues coton	Tenues personnel stérilisation				
Vert rayé	Champs compresses	Vert	Linge de bloc :Champs blouses opératoires Pyjama de bloc (verts et bleues)	Transparent ou orange	Tenue de travail du personnel Pyjama patient	Tenues en tergal, ouvriers biomédical
Vert Rayé avec bande bleue	Casaque opératoire	Tenues cuisines				
Rouleaux d'essuie-mains						
Vert rayé avec bande blanche	Draps bébés : berceaux rose et blanc	Franges				
Orange rayé	Tenues personnalisées	Orange	Tenues personnalisées	« sac dégraissage vestes médecins »		
Rose	Tenues de cuisine					

- Ne pas placer des draps pliés ni noués dans les sacs à linge.
- Respecter la limite de remplissage des sacs aux 2/3, pour permettre une fermeture efficace.
- Ne pas traîner au sol les sacs de linge sale lors de leur transport.
- Mettre les sacs de linge sale dans les containers spécifiques (nettoyés et désinfectés régulièrement) dans le local de stockage intermédiaire (nettoyé et désinfecté régulièrement).
  - Evacuer le linge sale des lieux de stockage intermédiaire, autant de fois que nécessaire, sans excéder 24 heures.
- Effectuer un lavage antiseptique des mains (PE 04.05.01.02) ou une désinfection hygiénique des mains (PE 04.05.02) après chaque manipulation de linge sale

Cas du linge du patient en isolement septique :
Le linge sale des patients en isolement emprunte le même circuit que celui des autres patients.
Un simple emballage est préconisé et offre une barrière suffisante pour pallier le risque de dissémination des micro organismes. Il faudra veiller à fermer correctement les sacs et à les évacuer immédiatement après changement de literie.

Cas particulier : isolement de contact pour gale :
- La majorité du linge hospitalier est traité en blanchisserie à 60°c, le linge utilisé suivra la filière habituelle .
- Le linge ne supportant pas cette température de 60°c (linge personnel du patient), sera déposé dans un sac plastique fermé et identifié avec un traitement scabicide . Respecter le délai d’action préconisé par le fabricant avant de rendre le sac à la famille .

6. Stratégie d’implantation
- information et formation des personnels hospitaliers.
- diffusion informatique du protocole et support papier [classeur protocoles].

7. Critères d’observance
Audits des pratiques

8. Actualisation
- modification des textes de référence.

9. Fiche Technique : Non Renseignée.

10. Grille d'évaluation

Obs	items	oui	non	remarque
Linge propre				
D	Lavage de mains adapté avant les manipulations[1]			
D	Livraison dans le service dans une armoire fermée, nettoyée et désinfectée.			
D	Stockage dans le service dans l’armoire fermée ou dans un local spécifique fermé.			
Linge sale				
L	Local de stockage intermédiaire nettoyé/désinfecté			
D	Tenue du personnel appropriée			
D	Remplissage des sacs à linge et fermeture corrects[2]			
D	Sacs de linge sale non déposés au sol			
D	Lavage des mains adapté après les manipulations[3]			

<u>Référentiel grille d’évaluation</u>

<u>Obs</u>ervation des items D = source d’observation directe, L = source écrite, donc lecture.
<u>Critères</u> : oui c’est fait et bien fait, non : ce n’est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

[1] Lavage antiseptique ou désinfection hygiénique des mains
[2] Respect du code couleur de l’établissement, absence de corps étrangers, limite de remplissage aux 2/3 respectée.
[3] Idem 1

AP-HM / CLIN	P.E. : 04. 04.02.
CIRCUIT DES DECHETS INTRA-HOSPITALIERS	
Niveau de preuve : 1	
Date de la diffusion : Décembre 2007 Version : 01 Nombre de pages : 1/6	Rédigée par : IDE EOHH -CLIN Vérifiée par : EOHH -CLIN Approuvée par : Mr N'KAOUA (DAP), Pr LASCOLA, Président du CLIN

1. Objet
Objectif global : Décrire le circuit des déchets intra-hospitaliers, et veiller au respect des différentes filières d'élimination dès la production, selon la réglementation en assurant la sécurité du personnel, des patients et de l'environnement.

2. Domaine d'application
Par : tout le personnel hospitalier
Quand : à chaque manipulation

3. Glossaire
DECHET « tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, toute substance, matériau, produit ou plus généralement, tout bien meuble abandonné ou que son détenteur destine à l'abandon ».
DECHET INDUSTRIEL BANAL « DIB » : « déchets non toxiques dont les détenteurs ne sont pas les ménages ».
DECHETS ASSIMILABLES AUX ORDURES MENAGERES « DAOM ».
DECHET D'ACTIVITE DE SOINS A RISQUES INFECTIEUX et assimilés « DASRI » « déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire :

- soit présentent un risque infectieux
- soit en l'absence de risque infectieux

- matériels et matériaux piquants ou coupants, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique ; équipés ou non de tout dispositif de sécurité visant à protéger les utilisateurs
- produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption
- déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables ».

Ce classement conduit à lui inclure tous les déchets fortement évocateurs d'une activité de soins et présentant un risque psycho-émotionnel.

DECHET INDUSTRIEL DANGEREUX « DID » (anciennement DIS) : substances explosives, inflammables, irritants, toxiques,….
PIECE ANATOMIQUE : « organes ou membres ou fragments d'organes aisément identifiables par un non spécialiste ».
GRAND RECIPIENT POUR VRAC « GRV », ne doivent recevoir que des déchets préalablement conditionnés dans des emballages.

4. Documents de référence disponibles auprès du CLIN AP-HM
- documents Exchange / dossiers publics / DAP / sécurité sanitaire / déchets juin 2006.

- Code de la Santé Publique et notamment les articles R1335-1 à R1335-14
- circulaire n° 58 du 13 février 2006 relative à l'élimination des déchets générés par les traitements anticancéreux.
- arrêté du 6 janvier 2006 modifiant l'arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine.
- circulaire n° 34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés.
- décret n° 540 du 18 avril 2002 relatif à la classification des déchets.
- circulaire n° 323 du 9 juillet 2001 relative à la gestion des effluents et des déchets d'activités de soins contaminés par des radionucléides.
- arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.
- arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques.

- arrêté du 30 mars 1998 relatif à l'élimination des déchets d'amalgame issus des cabinets dentaires.
- circulaire n° 98-249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d’agents infectieux véhiculés par le sang ou liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.
- loi n°75 633 du 15 juillet 1975 modifiée le 13 juillet 1992 et le 2 février 1995.

5. Protocole : Respecter les Précautions Standard

5.1. Services producteurs

- porter des gants dans le cadre de l’application des précautions standard lors des manipulations des DASRI (PE : 04 07 01)
- Utiliser un chariot double supports sacs, nettoyé désinfecté et adapté au tri des déchets
- Ne pas mettre directement des objets coupants, piquants, tranchants dans les sacs de couleur jaune.
- Fermer définitivement les collecteurs à aiguilles avant leur évacuation, ils doivent être transporter de manière visible.

- Trier dès la production, les déchets en fonction de leur catégorie (Cf. tableau ci-dessous et/ou fiche de tri disponible (DAP) sur chaque site). Choisir l’emballage correspondant au type et à la qualité des déchets.

Classification		Type de déchets	Emballage usage unique dès production	conteneurs
DIB	OM DAOM	-déchets hoteliers -linges à UU non souillés - emballages de conditionnement de linges et matériels stériles	Sacs noirs ou transparents	Conteneurs plastiques gris/noir
DASRI	Déchets solides	- seringues sans aiguille, sondes, tubulures, compresses,… - poche de perfusion souple - linges UU souillés par des liquides biologiques - déchets patients en isolement	Sacs jaunes	GRV Aluminium ou jaune
Flacon de perfusion en verre			Emballage combiné « carton et sac plastique »	
Déchets perforants, piquants, tranchants		aiguilles, bistouris, mandrins, lames, cathéters	Collecteurs spécifiques	GRV Visibles pendant le transport
Déchets liquides		Tous les DASRI – circuit divers (CEC, dialyse,…) prélèvements biologiques et tubes.	Cartons doubles ou fûts en plastique	GRV
DID			Conditionnements et filière spécifique	
Pièces anatomiques identifiables				

Se référer aux fiches de tri et procédures déchets de la cellule sécurité sanitaire.

- Respecter la limite de remplissage des différents emballages
- Ne pas déposer les sacs au sol
- Identifier sur l’emballage le nom ou UF du service producteur
- Acheminer les déchets conditionnés dans leur emballage, fermés définitivement, sur un chariot spécifique nettoyé, désinfecté lors du transport vers le local de regroupement provisoire des déchets
- Mettre les déchets emballés dans les conteneurs spécifiques selon le type de déchets au niveau du local de regroupement provisoire
- Veiller à la fermeture de ce local
- Nettoyer, désinfecter régulièrement et chaque fois que cela est nécessaire le sol et les parois du local, assurer une traçabilité de cet entretien
- Effectuer une désinfection hygiénique des mains (PE : 04 05 02) après chaque manipulation

5.2. Local de regroupement (services intérieurs)

- Approvisionner le local en nombre suffisant de conteneurs, nettoyés, désinfectés régulièrement et maintenus en bon état d’entretien (système de fermeture et d’étanchéité).
- Evacuer les conteneurs (OM, DAOM) et les GRV (DASRI) pleins autant de fois que nécessaire sans excéder 24 heures de stockage.
- Porter une tenue de travail adaptée : bleu de travail, chaussures de sécurité, gants
- Effectuer une désinfection hygiénique des mains (PE : 04 05 02) après chaque manipulation

5.3 Aire centralisée (services intérieurs)

- Transporter les conteneurs et les GRV, couvercles fermés
- Nettoyer régulièrement l'aire centralisée, le compacteur et la zone de compactage des OM, assurer une traçabilité de cet entretien
- Identifier : étiquetage et pose de scellé sur chaque GRV
- Porter une tenue de travail adaptée : bleu de travail, chaussures de sécurité, gants
- Effectuer une désinfection hygiénique des mains (PE : 04 05 02) après chaque manipulation.

5.4. Conditionnements et filières spécifiques

- pièces anatomiques identifiables,
- produits radioactifs, médicaments cytostatiques concentrés « non prêts à l'emploi » périmés ou inutilisés, toluène, piles, cartouches d'imprimantes, clichés radiographiques …

6. Critères d'observance

- Non Renseignée.

7. Actualisation

- modification des textes réglementaires.

8. Fiche Technique

- Non Renseignée.

9. Grille d'évaluation

Obs	items	oui	non	remarque
Producteurs				
D	Respect des précautions standard			
D	Tri à la production			
D	Emballage correspondant à la qualité du déchet			
D	Respect de la limite de remplissage			
D	Collecteurs à aiguille fermés définitivement pendant le transport			
D	Sacs collecteurs non déposés au sol			
D	Désinfection hygiénique des mains après chaque manipulation			
Local de regroupement et aire centralisée				
D	Locaux nettoyés/désinfectés			
L	Traçabilité de l'entretien des locaux			
D	Tenue du personnel appropriée [1] (service intérieur)			
D	Conteneurs adaptés [2]			
D	Désinfection hygiénique des mains après chaque manipulation			

Référentiel grille d'évaluation

Observation des items D = source d'observation directe, L = source écrite, donc lecture.
Critères : oui c'est fait et bien fait, non : ce n'est pas fait, remarques : élément qui peut expliciter le « non ».

[1] bleu de travail, chaussures de sécurité, gants

[2] Conteneur spécifique à la catégorie de déchets. Couvercles fermés